

**AL Direttore dell'Unità Operativa Risorse Umane  
Azienda USL - Imola**

**Congedo per cure (invalidi >50%)  
ai sensi degli artt. 47 comma 5 del CCNL Comp. 01.09.2001,  
39 comma .5 CCNL Med Vet. 10.02.2004,  
38 comma .5 CCNL Dir.SPTA 10.02.2004.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_,  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, matricola n. \_\_\_\_\_, dipendente a  
tempo indeterminato di questa Azienda presso il Servizio \_\_\_\_\_, nel  
profilo di \_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

di poter usufruire di un periodo di "congedo per cure" ai sensi della normativa in oggetto,

a) nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (per un massimo di 30  
giornate/anno) da specificare successivamente

ovvero

b) nelle giornate di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A tal fine si allega:

- 1) Certificazione invalidità con indicazione della patologia invalidante
- 2) Prescrizione medica delle cure da effettuare connesse alla infermità invalidante e riduzione dell'attitudine lavorativa superiore al 50%

**N.B. Sono escluse le cure termali elioterapiche climatiche e psammoterapiche (art. 3  
comma 42 L.24.12.1993 n.537**

Il sottoscritto consente espressamente all'Azienda U.S.L. di Imola il trattamento dei dati personali e sensibili di cui alla vigente normativa a tutela della Privacy e contenuti nel presente documento per lo svolgimento delle sue funzioni istituzionali e nei limiti di legge.

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Domicilio o Recapito presso il quale deve essere inviata ogni comunicazione:

\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**Da compilare a cura dell'Ufficio**

***Al Responsabile del Servizio Medicina Legale per parere in merito (parere vincolante).***

*Al Direttore del \_\_\_\_\_ per conoscenza.*

*Ufficio Selezione e Gestione Rapporto di Lavoro*