



MODELLO DI RICHIESTA: CONGEDO CURE EX ART. 7 D.LGS. 119/2011

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

OGGETTO: RICHIESTA CONGEDO CURE EX ART. 7 D.LGS. 119/2011

Il/La sottoscritto/a

COGNOME _____ NOME _____

In servizio presso Codesto Istituto Scolastico in qualità di _____ con contratto di lavoro:

TEMPO INDETERMINATO TEMPO DETERMINATO PART TIME

CHIEDE

di fruire di un periodo di congedo per gg . _____

dal _____ al _____,

dal _____ al _____,

dal _____ al _____,

dal _____ al _____,

per sottoporsi alle cure di cui al certificato medico.

A tal fine, sotto la propria personale responsabilità ed a piena conoscenza delle sanzioni previste dagli artt.483-489-495- 496 del Codice Penale per le dichiarazioni ad atti falsi e mendaci, dichiara che le notizie fornite nella presente istanza rispondono a verità

DICHIARA

- Di essere mutilato/a o invalido/a civile, cui è stata riconosciuta una riduzione della capacità lavorativa superiore al 50%.
- Di essere a conoscenza che il congedo cure il dipendente ha diritto a percepire il trattamento calcolato secondo il regime economico delle assenze per malattia e non rientra nel periodo di computo.
- Di presentare, al rientro in servizio, la certificazione rilasciata dalla struttura dove sono state effettuate le cure richieste.

A tal fine allega la seguente documentazione obbligatoria

1) certificato rilasciato dal medico convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale o appartenente ad una struttura Sanitaria Pubblica, che individua le cure necessarie e connesse all'infermità invalidante

2) copia del verbale di riconoscimento della riduzione della capacità lavorativa superiore al 50%.

_____ IL DICHIARANTE _____
(luogo e data) (firma per esteso e leggibile)

VISTO del Dirigente Scolastico

Data _____ Timbro e Firma del Dirigente Scolastico _____

N.B.: (massimo trenta giorni all'anno fruibili anche in maniera frazionata)