



Ospedale Maggiore di Lodi  
Presidi e Distretti del Lodigiano

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Lodi

MOD. 1

Al Responsabile  
S.S. Medicina Legale  
ASST di Lodi  
SUA SEDE

Pec: [protocollo@pec.asst-lodi.it](mailto:protocollo@pec.asst-lodi.it)

Oggetto: **riconoscimento di grave patologia richiedente terapie temporaneamente e/o parzialmente invalidanti e/o terapie salvavita**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a.....il..... tipologia di contratto\*

\* \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ pec personale \_\_\_\_\_

datore di lavoro \_\_\_\_\_

### CHIEDE

#### **il riconoscimento di grave patologia richiedente terapie temporaneamente e/o parzialmente invalidanti e/o terapie salvavita**

ai fini dei benefici previsti dallo specifico contratto in tema di scorporo dal cumulo dei giorni di assenza per malattia.

Allega:

- copia della documentazione sanitaria, in particolare: certificazione di diagnosi della patologia (es. lettere di dimissioni ospedaliere o visite specialistiche) e programma terapeutico rilasciato dalla struttura curante in cui necessariamente devono essere riportati: tipo di terapia ed eventuali farmaci somministrati, arco temporale della terapia, numero di somministrazioni e cadenza periodica delle stesse, effetti collaterali dei farmaci;
- indicazione contratto collettivo di lavoro e articolo di riferimento;
- copia del documento d'identità;
- consenso informato al trattamento dei dati sensibili;
- ricevuta del versamento dei diritti sanitari (se dovuti)

Luogo e data

(firma del richiedente)

\* specificare tipo di contratto di lavoro, se dipendente pubblico o privato

**Modulo per acquisizione del consenso per il trattamento di dati**

Acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento,  
ASST di Lodi, il/la sottoscritto/a

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**ACCONSENTE al trattamento dei propri dati personali**

**Tale consenso, per i trattamenti che comportano una continuità di accesso ai dati, sarà considerato valido per ogni ulteriore accesso sino ad eventuale revoca da parte dell'interessato**

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Firma di chi esprime il consenso \_\_\_\_\_

**VOGLIO REVOCARE IL MIO CONSENSO**

**In data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ si prende atto della richiesta di revoca del consenso per:**

Firma di chi revoca il consenso \_\_\_\_\_