



**Mod. 02** – Rev. Marzo 2024

Richiesta benefici connessi alla grave patologia – **PERSONALE DELLA DIRIGENZA** -da produrre (**a cura del dipendente**) successivamente alla certificazione rilasciata dal medico Legale, attestante la decorrenza del riconoscimento della grave patologia

**Oggetto: Certificazione per assenze connesse alla grave patologia per personale della DIRIGENZA\***

Il sottoscritto Dr./Dr.ssa.....

**certifica che**

il/la Sig./Sig.ra .....

nato/a a.....il..... e residente a.....

in relazione alla grave patologia riconosciuta ai sensi del CCNL Dirigenza Area Sanità e CCNL Area Funzioni Locali vigenti

- E' stato/a sottoposto/a a ricovero ospedaliero per il periodo dal..... al.....
- E' stato/a ricoverato/a in regime di day hospital in data.....
- E' stato/a sottoposto/a in data.....a terapia salvavita e i giorni di assenza dovuti agli effetti collaterali alla terapia medesima sono n..... oltre alla giornata corrente (a cura dello specialista)
- E' in convalescenza post intervento dal.....al.....

Luogo e data\_\_\_\_\_

Dr./Dr.ssa.....  
(Timbro e firma)

\*Il presente modulo deve essere compilato esclusivamente dal medico specialista della struttura presso la quale si è stati sottoposti alla terapia salvavita/ricovero/day hospital, anche per post intervento/convalescenza/effetti collaterali.