



Oggetto: Certificazione per assenze connesse alla grave patologia per personale del

Mod. 03 – Rev. Marzo 2024

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

COMPARTO*

Il sottoscritto Sig./ra

certifica che

il/la Sig./Sig.ra

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

in relazione alla grave patologia riconosciuta ai sensi del CCNL Comparto Sanità vigente

- E' stato/a sottoposto/a a ricovero ospedaliero per il periodo dal..... al..... (a cura dello specialista)
- E' stato/a ricoverato/a in regime di day hospital in data..... (a cura dello specialista)
- 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..... (anche a cura del Medico di Medicina Generale)

Luogo e data _____

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

*Il presente modulo, per il comparto, va compilato dal medico specialista della struttura presso la quale si è stati sottoposti a terapie salvavita/ricovero/day hospital o dal Medico di Medicina Generale. In caso di contestuale certificato telematico, il dipendente è tenuto in ogni caso a far compilare il presente modulo al medico, anche per post intervento/convalescenza/effetti collaterali.