

Luogo e data _____

Al Medico Legale
ASST di Lodi
Sede territoriale di Lodi
P.zza Ospitale, 10
26900 LODI

Oggetto: richiesta di riconoscimento assenze per malattia per gravi patologie e/o terapie invalidanti

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____ dipendente (*)
_____ in qualità di _____

chiede il riconoscimento delle assenze di malattia per gravi patologie e/o terapie invalidanti per:

- ricovero
- day – hospital
- terapia salvavita presso struttura sanitaria

dovuti per la patologia in atto, diagnosticata in data _____ per la quale si allega idonea documentazione sanitaria in busta chiusa.

Cordiali saluti.

(firma)

Indirizzo: _____

Località: _____

Tel. abitazione: _____

Tel. lavoro: _____

Modulo per acquisizione del consenso per il trattamento di dati personali e sensibili

Il/la sottoscritto/a _____ acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 decreto legislativo n. 196/2003 e consapevole che il trattamento riguarderà anche i dati idonei a rivelare lo stato di salute

presta il suo consenso 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 o rettifica da parte dell'interessato.

Data _____ Firma (nome e cognome interessato) _____

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