



Ospedale Maggiore di Lodi
Presidi e Distretti del Lodigiano

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Lodi

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: _____

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



Ospedale Maggiore di Lodi
Presidi e Distretti del Lodigiano

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Lodi

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

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 _____