

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE - IMOLA

Al Direttore dell'Unità Operativa Risorse Umane
Azienda USL – Imola

ASSENZA PER MALATTIA

Il sottoscritto _____,
nato a _____ il _____, matricola n. _____, dipendente a
tempo indeterminato di questa Azienda presso il Servizio _____, nella
posizione funzionale di _____,
avendo richiesto la visita per l'accertamento dell'idoneità ad attività lavorativa/proficuo lavoro
presso la competente commissione

CHIEDE

di poter usufruire del periodo di "assenza per malattia" senza retribuzione, ai sensi dell'art. 24
comma 2 CCNL Dirigenza Medica e Veterinaria ovvero art. 23 comma 2 CCNL Dirigenza SPTA
sottoscritti il 05.12.1996 e s.m.i., di **18 mesi** a decorrere dal _____ e pertanto fino
al _____ avendo esaurito il periodo di comporto previsto dall'art. 24 comma 1 dei
CCNL Dirigenza Medica Vet. ovvero dall'art 23 comma 1 Dirigenza SPTA in data 05.12.1996, a
decorrere dal _____.

A tal fine, nelle more del giudizio di idoneità in corso, allega certificato medico relativo all'attuale
stato di malattia.

Il/la sottoscritto/a consente espressamente all'Azienda U.S.L. di Imola il trattamento dei dati personali
contenuti nel presente documento per lo svolgimento delle sue funzioni istituzionali e nel rispetto della
vigente normativa a tutela della privacy.

Data,

Firma _____

Domicilio o Recapito presso il quale deve essere inviata ogni comunicazione:

Allegati n. _____

Da compilare a cura dell'Ufficio

Al Direttore del _____ per conoscenza.

Ufficio Selezione e Gestione Rapporto di Lavoro