

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 al 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. 23  
comma 2 del C.C.N.L. 01.09.1995 - Comparto Sanità e successive modifiche e integrazioni, di **18  
mesi** a decorrere dal \_\_\_\_\_ e pertanto fino al \_\_\_\_\_ avendo esaurito il  
periodo di comporta previsto dall'art. 23 comma 1 del CCNL 01.09.1995 – Comparto Santità 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*