

Modello richiesta permessi retribuiti per esami e cure mediche in favore dei lavoratori affetti da malattie oncologiche, invalidanti e croniche (art. 2, comma 1, della legge 18 luglio 2025, n. 106).

Il/La sottoscritto/a C.F.matricola
nato/a a il
residente a.....in Via..... n.....
Domiciliato a (indicare se diverso dall'indirizzo di residenza).....in Via.....
Recapito telefonico..... indirizzo mail/pec.....
Profilo professionalein servizio presso U.O.C.
con contratto di lavoro a tempo determinato / indeterminato (barrare la voce che non interessa), a tempo pieno /
part time (barrare la voce che non interessa)(barrare la voce che non interessa);

CHIEDE

Di poter fruire delle 10 ore di permesso annuo previste dall'art. 2, comma 1, della legge 18 luglio 2025, n. 106) ;

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti d'ufficio sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, con le sanzioni previste detta legge penale e delle leggi speciali in materia,

DICHIARA

- ☐ di essere lavoratore affetto da malattie oncologiche in fase attiva o in follow-up precoce, o da malattie invalidanti o croniche, anche rare, che comportino un grado di invalidità pari o superiore al 74%;
- ☐ di essere lavoratore con figlio minorenni affetto da malattie oncologiche, in fase attiva o in follow-up precoce, ovvero da malattie invalidanti o croniche, anche rare, che comportino un grado di invalidità pari o superiore al 74 per cento.
- ☐ Di essere in possesso prescrizione del medico di medicina generale o di un medico specialista operante in una struttura sanitaria pubblica o privata accreditata per i periodi utilizzati per visite, esami strumentali, analisi chimico-cliniche e microbiologiche nonché cure mediche frequenti;
- ☐ di impegnarsi a produrre al Servizio di afferenza l'attestazione rilasciata dalla struttura presso la quale ha effettuato le prestazioni sanitarie prescritte.

Luogo e data.....

Il/La dipendente
.....

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE:

- 1) documento d'identità in corso di validità;
- 2) verbale di accertamento dell'invalidità in omissis rilasciato dalla competente commissione medica.