

MODULO RICHIESTA CONGEDO PRESTATORI ASSISTENZA

San Marino, lì _____

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ Cod. ISS _____ Tel. _____

occupato presso _____

come lavoratore dipendente lavoratore indipendente

genitore/familiare di _____

nato/a il _____ Cod ISS _____

ai sensi della Legge 14/09/2022 n° 129 art. 27; Delibera del Comitato Esecutivo I.S.S. del 16 Aprile 2015 n° 17.

Richiede l'autorizzazione ad

- un permesso speciale retribuito di ore mensili pari a 4/5 dell'orario settimanale del richiedente.
- rinnovo di precedente autorizzazione in scadenza il _____

Dichiaro

- che nessun componente del nucleo familiare sta usufruendone
- di non avere mai usufruito di tale permesso (1° richiesta)

Si allega Stato di Famiglia

Firma del/la richiedente _____

La Commissione per gli Accertamenti Sanitari Individuali (CASI) **certifica** :

che _____

nato/a il _____ Cod. ISS _____ familiare del/la richiedente

- Grave disabilità permanente
- Grave disabilità temporanea - per mesi: _____
- Gravissima patologia permanente correlata all'età
- Gravissima patologia temporanea correlata all'età - per mesi: _____
- Nessuno dei precedenti

La Commissione CASI _____

Il Direttore dell' UOC Medicina Legale, Fiscale e Prestazioni Sanitarie Esterne

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

N.B. Seguirà comunicazione alle parti interessate

Il Direttore _____