

MODULO RICHIESTA CONGEDO PRESTATORI ASSISTENZA

San Marino, li _____

COMPILAZIONE DA PARTE DEL/LA RICHIEDENTE

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 DIREZIONE UOC MEDICINA LEGALE, FISCALE E PRESTAZIONI SANITARIE ESTERNE

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 _____