

**MODULO RICHIESTA CONGEDO SPECIALE RETRIBUITO (primi 18 anni di vita)**

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 di \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ Cod ISS \_\_\_\_\_

ai sensi della Legge 14/09/2022 n° 129 Art. 28, Delibera del Comitato Esecutivo I.S.S. del 16 Aprile 2015 n° 17

**Richiede l'autorizzazione per Permesso Speciale Retribuito (primi 18 anni di vita)**

☐ Periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

☐ Dichiaro che il reddito medio annuo dell'intero nucleo familiare sia pari o inferiore a 20.000 euro annui.

Si allega Stato di famiglia.

Firma del/la richiedente \_\_\_\_\_

UFFICIO INDENNITA' ECONOMICHE

Verifica requisito economico Legge 14/09/2022 n° 129 art.28 comma 8

**Permesso non retribuito:**

☐ Reddito medio annuo, dell'intero nucleo familiare superiore a € 20.000.

**Permesso retribuito:**

☐ Reddito medio annuo, dell'intero nucleo familiare inferiore a € 20.000.

Timbro e Firma \_\_\_\_\_

LA DIREZIONE UOC MEDICINA LEGALE, FISCALE E PRESTAZIONI SANITARIE ESTERNE

La Commissione Accertamenti Sanitari Individuali (CASI), certifica:

che \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ Cod. ISS \_\_\_\_\_ familiare del/la richiedente, presenta:

- ☐ Gravissima patologia permanente  
☐ Gravissima patologia temporanea. Autorizzato 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 \_\_\_\_\_