

**MODULO RICHIESTA CONGEDO NON RETRIBUITO PER GRAVI MOTIVI FAMILIARI**  
legge 14/09/2022 n.129 Art.30

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/famigliare di \_\_\_\_\_

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

ai sensi della Legge 14/09/2022 n° 129 Art. 30, Delibera del Comitato Esecutivo I.S.S. del 16 Aprile 2015 n° 17

**Richiede l'autorizzazione ad un congedo non retribuito per gravi motivi familiari**

☐ 1° Domanda

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

Si allega Stato di Famiglia.

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

☐ Ricorso casi 2 Istanza.

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

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:

☐ Gravi motivi familiari

☐ Assenza dei requisiti

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 \_\_\_\_\_