

MODULO RICHIESTA CONGEDO PER PORTATORI DI GRAVE DISABILITÀ PERMANENTE

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

Ai sensi della Legge n.129 del 14 Settembre 2022 Art. 27 comma10;
 Delibera del Comitato Esecutivo I.S.S. del 16/04/2015 n. 17

Richiede l'autorizzazione per se stesso/a

un permesso speciale retribuito di ore mensili pari a 4/5 dell'orario settimanale del richiedente.

di non avere mai usufruito di tale permesso
 che nessun componente del nucleo familiare sta usufruendone

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 _____

Grave disabilità permanente
 Assenza dei requisiti di grave disabilità permanente

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 _____