REPUBBLICA DI SAN MARINO
ISS
ISTITUTO PER LA SICUREZZA SOCIALE

STAFF E SERVIZI COMUNI
U.O.C. MEDICINA LEGALE, FISCALE E PRESTAZIONI SANITARIE ESTERNE

MODULO RICHIESTA CONGEDO PRESTATORI ASSISTENZA

San Marino, lì _____

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/Fiscale _____

residente a _____

ai sensi delle Leggi 129/2022 - Legge 141/2026 e 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

(consapevole che chiunque rende dichiarazioni false o mendaci è punito a norme delle leggi penali vigenti ai sensi dell'art. 24 della Legge n.159/2011 e decade dei benefici eventualmente ottenuti, ai sensi dell'art.25 della Legge n.159/2011, sotto la mia responsabilità)

☐ che nessun componente del nucleo familiare sta usufruendone

☐ di non avere mai usufruito di tale permesso (1° richiesta)

☐ di essere famigliare entro 3° grado

Si allega:

Stato di Famiglia

☐ Certificazione rilasciata dalla competente commissione medica legale della **ASL** (Legge104/92)

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

☐ ACCOGLIE ☐ **NON** ACCOGLIE

N.B. Seguirà comunicazione alle parti interessate

Il Direttore _____