

*ALL'U.O.C. POLITICHE DEL PERSONALE  
E GESTIONE RISORSE UMANE  
S E D E*

*OGGETTO: Congedo per cure per invalidità.*

*Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_*

*in servizio presso \_\_\_\_\_*

*con la qualifica di \_\_\_\_\_*

*con invalidità riconosciuta pari al \_\_\_\_\_*

*chiede di poter usufruire dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_*

*di congedo per cure per gli invalidi D.L. 18 luglio 2011, n. 119, art. 7.*

*(la seguente richiesta deve essere accompagnata dalla richiesta del medico convenzionato con il SSN o appartenente ad una struttura sanitaria pubblica dalla quale risulti la necessità della cura in relazione all'infermità invalidante riconosciuta)*

\_\_\_\_\_  
*(firma del dipendente)*

\_\_\_\_\_  
*(firma del dirigente del servizio)*

*Roma, \_\_\_\_\_*