

Modello B

Oggetto: Richiesta 10 ore annue aggiuntive ai sensi dell'art. 2 della Legge 18 luglio 2025, n. 106

U.O.C. POLITICHE DEL PERSONALE E
GESTIONE RISORSE UMANE
ao.sga@pec.hsangiovanni.roma.it
All'attenzione dell'ufficio **Malattia-Infortuni**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il
_____, matricola _____ in _____ servizio
presso _____
profilo professionale _____

CHIEDE

l'abilitazione sul portale per la fruizione delle 10 ore annuali aggiuntive di permesso retribuito di cui alla Legge 18 luglio 2025, n. 106, art.2

☐ **Per sé stesso;**

oppure

☐ **Per il figlio minorenn** _____

SI ALLEGA

1. **verbale di invalidità pari o superiore al 74% OMISSIS** per dipendente affetto da malattie oncologiche in fase attiva o in follow-up precoce, ovvero da malattie invalidanti o croniche, anche rare;
2. **verbale di invalidità pari o superiore al 74% OMISSIS** per dipendenti **con FIGLI MINORENNI** che attestino, almeno, il riconoscimento dell'indennità di frequenza;
3. **certificazione medica** rilasciata dal medico di medicina generale oppure da uno specialista operante in struttura pubblica o privata accreditata **che riporti l'indicazione della normativa applicata e la sussistenza dei presupposti di legge** a cui fa riferimento il congedo.

NB: Si rappresenta che tale richiesta dovrà pervenire ANNUALMENTE completa di tutta la documentazione sopra riportata

Data

Firma Dipendente

Presa visione Responsabile
