



COMUNE DI SAVIGLIANO

Al Segretario Generale
o
al Responsabile del Settore

All'Ufficio "Gestione del Personale"

SEDE

OGGETTO: RICHIESTA TERAPIE SALVAVITA

Il/la sottoscritto/a, in servizio presso il Comune di Savigliano, con contratto a tempo indeterminato e rapporto di lavoro a tempo pieno / parziale% di tipo.....in qualità di categoria,posizione economica..... Settore

CHIEDE

di poter usufruire dei benefici previsti dall'art. 21 comma 7 bis del C.C.N.L. del 06.07.1995 così come integrato dall'art. 10 C.C.N.L. del 14.09.2000.

A tal fine allega certificato rilasciato dal Medico curante o dalla Struttura Ospedaliera o del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionato, attestante la grave patologia per la quale si rende necessaria la terapia salvavita.

I giorni di assenza dovuti alla terapia saranno opportunamente documentati dalla A.S.L. competente o struttura convenzionata.

Data.....

Il/la dipendente

Firma.....