

Liceo Scientifico Statale "Enrico Fermi" Massa

Via Fermi 2, 54100 Massa (MS) C.F. 80001820457



Peo: msps01000b@liceofermimassa.edu.it

Pec: msps01000b@pec.istruzione.it

Sito web: www.liceofermimassa.edu.it

Codice univoco: UFTKY7

Tel: 058541106



**Al Dirigente Scolastico
del Liceo Scientifico Fermi di Massa - SEDE**

Oggetto: Richiesta di Congedo Cure ex art. 7 D.lgs. 119/2011

1 sottoscritto/a
cognome e nome qualifica

in servizio presso questo Istituto nel corrente anno scolastico con incarico a tempo determinato
 indeterminato

In qualità di: docente
 ATA

CHIEDE

di potersi assentare per:

- Congedo cure per mutilati/invalidi ex art. 7 D.Lgs. 119/2011¹
 Congedo cure per grave patologia ex art. 17, comma 9, del CCNL Comparto Scuola 2006-9²

nel seguente periodo: dal al
dal al
dal al

per sottoporsi alle cure di cui al certificato medico.

A tal fine,

DICHIARA

- a) Di essere mutilato/a o invalido/a civile, cui è stata riconosciuta una riduzione della capacità lavorativa superiore al 50%
b) Di essere a conoscenza che per il congedo cure il dipendente ha diritto a percepire il trattamento calcolato secondo il regime economico delle assenze per malattia e non rientra nel periodo di comporto

¹ A tal fine è necessario:

- prestare le dichiarazioni sub. a), b), d)
- allegare la documentazione sub. 1), 2)

² A tal fine è necessario:

- prestare le dichiarazioni sub. a), c), d)
- allegare la documentazione sub. 3), 4) – ed eventualmente 5)

- c) Di essere a conoscenza che per il congedo per gravi patologie non sono computati come giorni di assenza per malattia i periodi di assenza per i giorni necessari all'applicazione dei trattamenti terapeutici temporaneamente e/o parzialmente invalidanti (es.: giorni di ricovero ospedaliero o day hospital) ed i periodi di assenza dovuti ai postumi diretti delle cure (temporanee e/o parziali invalidità dovute a conseguenze certificate dalle terapie effettuate)
- d) Di presentare, al rientro in servizio, la certificazione rilasciata dalla struttura dove sono state effettuate le cure richieste

Si allega la seguente documentazione:

1. Copia del verbale di riconoscimento della riduzione della capacità lavorativa superiore al 50%
2. Certificato rilasciato dal medico convenzionato con il Servizio sanitario nazionale o appartenente ad una struttura sanitaria pubblica, che individua le cure necessarie e connesse all'infermità invalidante
3. Certificato rilasciato dal medico convenzionato con il Servizio sanitario nazionale o appartenente ad una struttura sanitaria pubblica, che riconosca l'affezione da grave patologia
4. Certificato rilasciato dal medico convenzionato con il Servizio sanitario nazionale o appartenente ad una struttura sanitaria pubblica, che individua la terapia temporaneamente e/o parzialmente invalidante o ad essa assimilabile a cui il dipendente è sottoposto, connessa alla grave patologia
5. Certificato rilasciato dal medico convenzionato con il Servizio sanitario nazionale o appartenente ad una struttura sanitaria pubblica, che attesti il nesso causale tra stato invalidante e terapia quando l'assenza è determinata da un temporaneo o parziale stato invalidante, causato dalle terapie praticate direttamente dal lavoratore

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni previste dalla legge in caso di dichiarazioni non veritiere, conferma quanto sopra ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000.

Massa, _____

_____ firma leggibile

Informativa ai sensi del D.Lgs. 196/2003: I dati personali riportati sul presente modulo saranno utilizzati per le finalità di gestione del rapporto di lavoro e per gli adempimenti connessi, nel pieno rispetto di quanto stabilito dal D.Lgs. 196/2003 sulla tutela dei dati personali e ss.mm.ii. e del GDPR - Regolamento UE 679/2016.