

	<b>CONGEDO CURE PER INVALIDI</b> <b>(art. 7 D.Lgs. n. 119/2011)</b>	MOD Amm. Pers. congedo cure invalidi  Rev.00  Del 07/01/2015
	<b>DIREZIONE AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE</b>	

**Alla Direzione Amm.ne del Personale**  
**Sede**

\_l\_ sottoscritto/a .....(matricola n.....)  
dipendente di Codesta Azienda nel profilo professionale di .....  
in servizio presso .....  
riconosciut\_ invalido civile con riduzione della propria capacità lavorativa superiore al  
cinquanta per cento (come da dichiarazione sostitutiva allegata alla presente richiesta)

### CHIEDE

di usufruire del congedo ex art. 7 D.L.gs n. 119/2011:

dal .....al.....

dal .....al.....

dal .....al.....

A tal fine, allega copia della richiesta del Medico Convenzionato con il SSN o appartenente ad una  
Struttura Sanitaria Pubblica, dal quale risulta la necessità della cura in relazione all'infermità  
invalidante riconosciuta al/alla sottoscritto/a.

Il /la Richiedente

.....

**Visto, si prende atto della richiesta**

**Il Responsabile** .....