

Oggetto: Riconoscimento status grave patologia.

Il/ la sottoscritto/a nato a

Il e residente in

Via telefono

Dipendente*

chiede, con la presente, di poter usufruire dei benefici relativi allo status di grave patologia così come previsto dal proprio C.C.N.N.L.L.

Allega alla presente:

- Documentazione sanitaria (fogli di dimissione ospedaliera, visite specialistiche etc) rilasciata da struttura pubblica o convenzionata attestante la patologia per cui si chiede il beneficio;
- Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità;
- Il/la sottoscritta si riserva di presentare la documentazione sanitaria attestante la sua patologia al momento della visita;

(si prega di barrare le voci interessate)

In fede

.....

.....li.....

* indicare l'Ente datore di lavoro