

All'U.O. Medicina Legale e Gestione del Rischio
Azienda USL della Romagna
Sede di _____

OGGETTO: Richiesta di riconoscimento di "grave patologia con necessità di terapia salvavita o altra ad essa assimilabile", ovvero di "grave patologia con necessità di terapia temporaneamente e/o parzialmente invalidante" ai sensi dell'art. _____
(indicare articolo e il CCNL di riferimento)

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ e residente a _____ cap _____
in Via _____ n. _____ tel. _____
indirizzo e mail: _____
dipendente di _____
in qualità di _____

C H I E D E

Il riconoscimento di "grave patologia" ai sensi e per gli effetti delle disposizioni contrattuali sopra indicate.

A tal fine:

1. allega la documentazione sanitaria in fotocopia in proprio possesso, in busta chiusa recante all'esterno la dicitura "riservata contiene dati sensibili" indirizzata alla AUSL della Romagna U.O. Medicina Legale e Gestione del Rischio sede di _____;
2. dichiara di essere informato dei termini contrattuali di decorrenza del beneficio;
3. dichiara di essere a conoscenza che i giorni dovranno essere certificati con espreso riferimento alla grave patologia;
4. chiede che le comunicazioni relative alla presente richiesta siano inviate all'indirizzo sopra riportato oppure presso il seguente indirizzo

IL RICHIEDENTE

Data _____ (firma) _____

"Informativa sul trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE n. 679/2016

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016 si informa che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, senza chiederle alcun consenso in quanto il loro utilizzo è previsto da norma di legge e di regolamento e comunque per motivi di interesse pubblico, nel rispetto della normativa europea in materia di protezione dei dati personali.

Titolare del trattamento è l'AUSL della Romagna con sede in Ravenna, Via De Gasperi n.8, nella persona del Direttore Generale Responsabile interno del trattamento è il Direttore dell'U.O. Medicina Legale e Gestione del Rischio".

Data _____ (firma) _____

Entro **60 giorni** dalla comunicazione del giudizio sfavorevole è possibile presentare istanza di riesame all'U.O. Medicina Legale competente per territorio.