



## DOMANDA DI ACCERTAMENTO DELLA GRAVE PATOLOGIA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matricola n. \_\_\_\_\_  
in servizio presso \_\_\_\_\_ con il profilo di \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

c h i e d e

l'accertamento della grave patologia secondo quanto previsto dall'art. 11 del CCNL integrativo del personale del comparto sottoscritto il 20 settembre 2001 e dall'art. 9 del CCNL integrativo di ciascuna delle aree dirigenziali sottoscritto il 10 febbraio 2004.

A tal fine allega copia della certificazione sanitaria di cui è in possesso.

Dichiara infine di essere informato/a, secondo quanto previsto dall'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della procedura di cui trattasi.

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

\_\_\_\_\_  
(il/la dichiarante)