

Spettabile
**Servizio per la Gestione delle risorse umane
della scuola e della formazione**
Settore A.T.A.
Via Gilli, 3 – 38100 TRENTO
Tel. 0461 491370 – Fax 0461 491480

IL SOTTOSCRITTO COGNOME _____ NOME _____

MATRICOLA _____ DIPENDENTE DI RUOLO DAL ____ / ____ / _____

(OVVERO) DIPENDENTE A TEMPO DETERMINATO PER IL PERIODO DAL _____ AL

NEL _____ PROFILO _____

chiede, ai sensi del vigente contratto collettivo provinciale di lavoro

- Il **riconoscimento di grave patologia per l'effettuazione di terapia salvavita** * a decorrere dal _____
Dichiara i seguenti periodi di ricovero ospedaliero:

- l'**esonero dal rispetto delle fasce di reperibilità** fiscale durante l'assenza per malattia dal _____ al _____ e la sua eventuale continuazione *.
- la **deroga al massimale di permesso per visita medica specialistica** per cure riabilitative e terapeutiche per gravi patologie, che richiedono terapie di lunga durata *.

* Si allega certificazione medica

Data _____

Firma _____