

Alla A.S.L. Viterbo
U.O.S.D. Medicina Legale
Via Enrico Fermi, 15 – 01100 Viterbo

Il/la sottoscritto/a
Nato/a a prov il
residente a in Via n°
C.A.P. domiciliato/a. ⁽¹⁾ a prov
in Via n° Tel. cell.
e-mail pec
Codice Fiscale
Categoria – Tabella – lett
Titolare di pensione di

Riconosciuto/a affetto/a da infermità contratta per causa di servizio

CHIEDE

di poter fruire di **congedo straordinario per cure termali**
(periodo nel quale intende fruire delle cure:

dal al

Dichiaro di essere a conoscenza che la convocazione a visita potrà avvenire per posta, e-mail, pec.

ALLEGA

- prescrizione del medico specialista della struttura pubblica in originale
- Verbale della Commissione Medica Ospedaliera. e successivo Verbale di verifica

Dichiaro di aver preso visione delle informazioni di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 I dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. L'interessato potrà accedere ai dati chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o il blocco.

Data
Firma per esteso

E' indispensabile compilare il modello in ogni parte e allegare la documentazione indicata

⁽¹⁾ indicare nel caso di domicilio diverso dalla residenza