

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

CHIEDE

- ⁽¹⁾ di poter fruire di **congedo straordinario per cure climatiche**
(periodo nel quale intende fruire delle cure: dal al)
- ⁽¹⁾ di poter fruire di **congedo straordinario per soggiorno terapeutico** (periodo nel quale intende fruire delle cure: dal al)
- ⁽¹⁾ di poter fruire di ⁽²⁾ **contributo per cure climatiche** ⁽²⁾ **contributo per soggiorno terapeutico**
- ⁽²⁾ in ambiente montano
 - ⁽²⁾ in ambiente marino
 - ⁽²⁾ in ambiente collinare
 - ⁽²⁾ in ambiente lacustre

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

ALLEGA

- prescrizione del medico curante in originale
- ⁽²⁾ mod. 69
- ⁽²⁾ mod .69 ter
- ⁽²⁾ 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

⁽²⁾ Barrare le caselle che interessano