| **Alla** | **Spett.le****Ditta/Amministrazione** |
| --- | --- |

| **OGGETTO:** | **congedo per cure ai sensi decreto legislativo 18 luglio 2011, n° 119 articolo 7 -***( GU n° 173 del 27-7-2011 )* **per un periodo non superiore a 30 giorni continuativi o****frazionati** |
| --- | --- |

| Lavoratore/trice |  | Nato/a il |
| --- | --- | --- |
| residente a |  | in via |
| CAP |  | **C.F.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Con la presente **richiedo** il congedo all’oggetto descritto, essendo in possesso di un verbale di invalidità civile con una riduzione della capacità lavorativa **superiore al 50%,** in specifico pari al %

# **Periodo/i richiesto/i:**

dal al dal al

# **Si allega la seguente documentazione:**

* richiesta del medico convenzionato con il SSN (o appartenente ad una struttura sanitaria pubblica) dalla quale si evidenzia la necessità della cura in relazione all’infermità invalidante,
* copia del verbale della Commissione sanitaria con il grado di invalidità civile accertata.

Data:

Il/la lavoratore/trice



modello di testo/dicitura per la certificazione da parte del medico di famiglia / MMG da usare come supporto alla richiesta di congedo per cure:
 *[su carta intestata del medico di famiglia / specialista]

Certifico che la Sig.ra / Sig. MARIO ROSSI necessita di [specificare tipo di prestazione es. visita medica / esame etc anche "riposo"] dal xx/xx/2016 al xx/xx/2016 per cure - ai sensi dell'art.7 DL 18/07/2011 n. 119.

Certifico che le cure sostenute sono connesse all'infermità invalidante riconosciuta all'interessato/a.

In fede

"timbro e firma medico di famiglia / specialista"*