

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Struttura Complessa MEDICINA LEGALE
DIRETTORE: DOTT.SSA TIBERIA BOCCARDO

RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE PER ESTENSIONE DEL PERIODO DI COMPORIO (TERAPIA SALVAVITA)

PROT. N° _____ DEL _____

Possibile inoltro anche con mail:

medicina.legale@asl3.liguria.it

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ prov. _____

in Via _____ CAP _____ tel. _____

indirizzo mail _____

dipendente della Ditta /Azienda: _____

chiede il rilascio della certificazione per estensione del periodo di comporpio (terapie salvavita) ed a tal fine **allega:**

- Copia documento d'identità**
- Consenso al trattamento dei dati personali**
- Certificazione medica** attestante la diagnosi di patologia, le terapie effettuate ed i giorni in cui tali terapie sono state effettivamente praticate
- Estratto del proprio contratto di lavoro** nella parte in cui viene previsto che, per patologie gravi che richiedano terapie salvavita, i giorni di ricovero ospedaliero o di trattamento siano esclusi dal computo dei giorni di assenza per malattia.
- Copia** di eventuali **Contratti Integrativi Aziendali relativi al beneficio** richiesto

Nel caso le terapie abbiano determinato effetti collaterali che hanno reso necessario assentarsi dal lavoro, allegare certificazione medica attestante quali siano stati gli effetti collaterali delle terapie e per quanti giorni dopo il trattamento questi si sono manifestati (ad esempio chemioterapia il e nausea intensa il giorno successivo)

- Verrà a ritirare personalmente il certificato (sarà avvisato/a telefonicamente quando sarà pronto)
- Delega al ritiro della certificazione il/la sig./ra _____
N° doc. di identità _____ rilasciato da _____ scad. _____
- Chiede che il certificato sia inviato per posta all'indirizzo sopra riportato
- Chiede che il certificato sia inviato per posta elettronica all'indirizzo mail indicato in premessa

Genova, il _____

_____ firma