



COMUNE DI BERTINORO



PROVINCIA DI FORLÌ-CESENA

SERVIZIO ASSOCIATO GESTIONE DEL PERSONALE

Richiesta fruizione benefici terapia salvavita

**AL SERVIZIO RISORSE UMANE
E ORGANIZZAZIONE**

Il/La sottoscritto/a _____ dipendente del
COMUNE DI BERTINORO con profilo professionale di _____
Cat. _____ assegnato/a al Settore _____

chiede

di poter usufruire dei benefici previsti dall'art. 21 comma 7 bis del CCNL del 06/07/1995
così come integrato dall'art. 10 CCNL del 14/09/2000.

A tal fine, allega certificato rilasciato dal Medico curante o dalla Struttura Ospedaliera del
Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionato, attestante la grave patologia per
la quale si rende necessaria la terapia salvavita.

Bertinoro, _____

Il/La dipendente
