

**Oggetto: assenze per malattia e richiesta riconoscimento di grave patologia richiedente terapie salvavita invalidanti od altre terapie ad esse assimilabili secondo il CCNL di appartenenza**

Il/la sottoscritto/a (cognome)..... (nome) .....

Nato a ..... prov. .... il |\_\_|\_\_|\_\_\_\_|,

Residente a ..... prov. .... cap .....

Via ..... N. ....

Cod. Fisc. |...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|

tel.....

mail.....

dipendente presso .....

con la qualifica di:.....

**considerato quanto previsto, dal CCNL di appartenenza in vigore, all'articolo n. \_\_\_\_ (di cui si allega copia di estratto), chiede:**

di essere valutato al fine di essere riconosciuto affetto/a da grave patologia necessitante di terapie salvavita invalidanti ed al riguardo allega le certificazioni mediche attestanti la condizione sopra indicata.

Distinti saluti.

Il/La Sottoscritto/a

Data.....

## AVVERTENZE

**La presente istanza va indirizzata dal Lavoratore dipendente all'Amministrazione di appartenenza.**

L'Amministrazione, nel caso di dubbi circa l'applicazione di quanto previsto dallo specifico CCNL in vigore, o il lavoratore dipendente qualora riceva un diniego da parte dell'Amministrazione di appartenenza, possono rivolgersi alla ASST dei Sette Laghi di Varese - S.S. Medicina Legale Territoriale - dove opera l' apposito Collegio Medico Provinciale Gravi Patologie che esaminerà il caso fornendo un proprio parere previo versamento del corrispettivo previsto di **Euro 180,56 (DGR 2672 del 16/12/2019, comprensivo di I.V.A., eventuali integrazioni saranno successivamente richieste dagli Uffici Amministrativi).**

L'istanza è finalizzata ad escludere dai limiti massimi di assenza per malattia i giorni di assenza dal lavoro per grave patologia necessitante di terapie salvavita invalidanti così da prevederne l'intera retribuzione.

**Al fine dell'applicazione della normativa in questione va precisato che devono coesistere TRE condizioni:**

1. essere affetti da una "grave patologia";
2. avere l'oggettiva ed ineluttabile necessità di procedere nelle cure con specifici protocolli terapeutici, ammessi e validati in quanto salvavita;
3. vi sia l'evidenza di effetti collaterali invalidanti documentati dal medico prescrittore e conseguenti al protocollo terapeutico salvavita (se indicato dal CCNL di riferimento).

**Alla presentazione dell'istanza dovranno essere allegati:**

- copia del documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale;
- copia del protocollo terapeutico previsto;
- copia della documentazione sanitaria più recente attestante le sue attuali condizioni di salute ed in particolare gli effetti collaterali invalidanti a seguito del protocollo terapeutico salvavita;
- copia dell'articolo relativo al CCNL di appartenenza in vigore.

**Costi:**

**Euro 180,56** da pagare tramite PagoPA - l'avviso di pagamento sarà trasmesso all'indirizzo mail da Lei indicato sull'istanza.

**L'istanza non sarà ammissibile fino alla ricezione dell'attestazione di avvenuto pagamento.**

**L'istanza deve essere presentata all'Ufficio Protocollo della ASST Sette Laghi**, sito al piano terra della Palazzina Direzionale "Villa Tamagno" posta all'interno dell'Ospedale di Circolo di Varese, dalle ore 08.30 alle ore 12.30 e dalle ore 14.00 alle ore 15.30 dal Lunedì al Venerdì; oppure può essere inoltrata tramite posta PEC al seguente indirizzo: [protocollo@pec.asst-settelaghi.it](mailto:protocollo@pec.asst-settelaghi.it)

**Per eventuali comunicazioni** all'Ufficio Segreteria del Collegio tramite posta PEC, inviare e-mail al seguente indirizzo: [protocollo@pec.asst-settelaghi.it](mailto:protocollo@pec.asst-settelaghi.it)