

All'Ufficio del Personale
dell'Ufficio scolastico regionale per la Lombardia

Oggetto: **assenze per terapie legate a gravi patologie**

Con la presente il sottoscritto/a _____, dipendente in servizio presso l'Ufficio _____ di questo U.S.R. in qualità di _____ comunica la propria assenza per ragioni connesse ad una grave patologia in atto, dal _____ al _____.

Tale periodo di assenza è determinato da

ricovero ospedaliero e/ o day hospital

conseguenze terapie salvavita temporaneamente e/o parzialmente invalidanti

Si chiede, pertanto, l'esclusione di tali assenze dal computo dei giorni di malattia.

Il dipendente

Si producono

- certificazione medica attestante la grave patologia
- certificazione attestante il percorso terapeutico seguito e durata del medesimo.

Milano _____



Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia – Ufficio I – Via Ripamonti, 85 – 20141 Milano
Tel. +39 02 574 627 213 – Email direzione-lombardia@istruzione.it