



**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BARI**  
**DIPARTIMENTO RISORSE UMANE e ORGANIZZAZIONE**  
**DIREZIONE RISORSE UMANE - PERSONALE TECNICO AMMINISTRATIVO**

AREA GESTIONE ORARIO DI LAVORO

**COMUNICAZIONE ASSENZE PER MALATTIA CONNESSA A  
 GRAVE PATOLOGIA CHE RICHIEDE TERAPIA INVALIDANTE**

Originale da compilare e spedire o consegnare all'Area Gestione Orario di Lavoro

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**MATRICOLA** \_\_\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_,

***Comunica***

L'assenza dal lavoro per malattia determinata da (barrare la tipologia):

- grave patologia che richiede terapia invalidante;
- conseguenze certificate delle predette terapie;

così come certificate da (specificare il soggetto certificante):

\_\_\_\_\_

Per il/i periodo/i dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_; dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

***Chiede***

che tali periodi di malattia siano soggetti ai benefici previsti dall'art. 35, comma 14 del C.C.N.L. 2006/09 e, pertanto, allega (barrare la tipologia):

- Certificato di dimissione per ricovero ospedaliero o in day hospital da cui si rileva che esso è collegato a una grave patologia che richiede terapia invalidante (rilasciato dalla struttura sanitaria—Azienda Ospedaliera, ASL, struttura convenzionata)
- Certificato/i del medico curante del S.S.N. o certificati di dimissione da strutture di ricovero dai quali si rileva che i giorni di assenza sono dovuti alle conseguenze della terapia invalidante connessa alla grave patologia

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13, D.LGS.N. 196/2003**  
 (Codice in materia di protezione dei dati personali)

Tutti i dati personali e sensibili saranno trattati per esclusivi fini istituzionali connessi alla gestione del rapporto di lavoro nel rispetto della normativa vigente.

I dati ed i certificati trasmessi potranno essere comunicati alla competente Azienda Sanitaria Locale per l'acquisizione del necessario parere medico.

**Il mancato invio dei dati richiesti o il rifiuto al trattamento degli stessi da parte del lavoratore comporterà l'impossibilità di riconoscere il presente beneficio.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(SPAZIO RISERVATO AL PROTOCOLLO)

AREA GESTIONE ORARIO DI LAVORO

☎ 080.571(8017) / (8019) / (8023) ☎ 080.571(7724) ✉ agol@ateneo.uniba.it