SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL LATINA

REGIONE LAZIO

ASL LATINA
UOC GESTIONE GIURIDICA ED ECONOMICA DEL PERSONALE

MODELLO B
RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO ALLA FRUIZIONE DELLE ULTERIORI 10 ORE ANNUE DI PERMESSO
Art. 2 della Legge 18 luglio 2025, n. 106

Al Direttore UOC Gestione Giuridica ed Economica del Personale
ASL Latina

Il/La sottoscritto/a **Cognome:** _____ **Nome:** _____

Codice fiscale: _____, **Data di nascita:** _____

Matricola: _____ **Struttura/U.O.C.:** _____

Profilo professionale: _____ **Recapito telefonico** _____

e-mail istituzionale: _____ **PEC** _____

consapevole delle responsabilità previste dalla normativa vigente in caso di dichiarazioni non veritiere,

CHIEDE

il riconoscimento del diritto alle **ulteriori 10 ore annue di permesso** previste dall'art. 2 della Legge 18 luglio 2025, n. 106, per l'anno _____, in quanto:

☐ **lavoratore/lavoratrice affetto/a** da patologia rientrante tra quelle previste dall'art. 2 della Legge n. 106/2025;

☐ **genitore di figlio minorenne** affetto da patologia rientrante tra quelle previste dall'art. 2 della Legge n. 106/2025.

A. REQUISITI

A tal fine dichiara che ricorre la seguente condizione:

☐ malattia oncologica in fase attiva o in follow-up precoce;

☐ malattia invalidante o cronica, anche rara, che comporta un grado di invalidità civile pari o superiore al 74%;

☐ figlio minorenne affetto da malattia oncologica in fase attiva o in follow-up precoce;

☐ figlio minorenne affetto da malattia invalidante o cronica, anche rara, che comporta un grado di invalidità civile pari o superiore al 74%.

B. DOCUMENTAZIONE ALLEGATA AI FINI DEL RICONOSCIMENTO DEL DIRITTO

☐ certificazione medica rilasciata dal medico di medicina generale o dal medico specialista operante presso una struttura sanitaria pubblica o privata accreditata;

☐ verbale di riconoscimento dell'invalidità civile pari o superiore al 74%, ove previsto;

☐ documentazione attestante la condizione del figlio minorenne, ove il beneficio sia richiesto in relazione al figlio;

☐ altra documentazione: _____

Il/La sottoscritto/a dichiara di impegnarsi a comunicare tempestivamente alla UOC Gestione Giuridica ed Economica del Personale eventuali variazioni che comportino la perdita o la modifica del diritto al beneficio, consapevole delle conseguenze previste dalla normativa vigente in caso di omessa, tardiva o inesatta comunicazione.

Il sottoscritto autorizza espressamente il trattamento dei propri dati personali e particolari, anche di tipo sensibile, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003, specificamente finalizzato al riconoscimento delle tutele e dei permessi previsti dalla Legge 106/2025.

Luogo e data: _____

Firma del/della dipendente

_____