
Via

CAP ____ **Città** _____

Cellulare: _____

Mail: _____

All'A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello

Al Responsabile dell'U.O.C. Risorse Umane

Sede

Oggetto: Richiesta visita medico collegiale per riconoscimento terapia salvavita ai sensi art. 42 CCNL dell'Area Sanità del 19.12.2019¹.

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente Medico presso l' U.O.C. di _____ del P.O. _____ matricola n. _____, chiede di essere sottoposto a visita Medico Collegiale per il riconoscimento della grave patologia e terapia salvavita, ai sensi dell'art. 42 CCNL dell'Area Sanità del 16.12.2019.

Palermo _____

Firma

¹ già sensi dell'art. 9 CCNL Integrativo del 2000 per il personale della Dirigenza Medico Veterinaria