

Spett.le **Medicina Legale**
ASST CREMA
via A. Gramsci n. 13
26103 Crema

OGGETTO: RICHIESTA PER PATOLOGIA GRAVE IN TRATTAMENTO INVALIDANTE

Il/la sottoscritto/a
nato/a a il
residente a in via
identificato/a a mezzo n.
rilasciato da in data
recapito telefonico n

CHIEDE

ai sensi dell'art. del CCNL
il riconoscimento della sussistenza di patologia grave che richieda terapie salvavita o
assimilabili.

Luogo e data

Firma

.....

Allegati:

- fotocopia documentazione sanitaria relativa alla patologia ed al piano terapeutico in atto
- fotocopia carta di identità dell'interessato in corso di validità
- se domanda presentata da delegato, fotocopia del documento di identità del delegato in corso di validità e delega per lo svolgimento della pratica