

Oggetto: Riconoscimento status grave patologia.

Il/ la sottoscritto/a nato a.....

Il.....e residente in.....

Via telefono.....

Dipendente.....

chiede, con la presente, di poter usufruire dei benefici relativi allo status di grave patologia

così come previsto dal proprio C.C.N.N.L.L.

Il/La sottoscritto/a si riserva di presentare la documentazione sanitaria al momento della visita.

In fede

.....

.....li.....