

ALLA DIREZIONE TRATTAMENTI ECONOMICI  
E LAVORO AUTONOMO  
DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matr. \_\_\_\_\_

in servizio presso \_\_\_\_\_

(tel. \_\_\_\_\_), con orario di lavoro settimanale di n. \_\_\_\_\_ ore

**CHIEDE UN PERMESSO RETRIBUITO PER GRAVE INFERMITÀ  
ai sensi dell'art. 4, comma 1, legge 53/2000 e del Decreto n. 278/2000**

per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

fascia oraria: dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ per

- Genitore
- Figlio/a
- Coniuge/parte dell'unione civile (anche legalmente separato)
- Convivente (allegare certificazione anagrafica)
- Nonno/a
- Nipote (figlio/a del figlio/a)
- Fratello/sorella
- soggetto componente la famiglia anagrafica del dipendente

Per tale assenza possono essere concessi, nell'anno solare, massimo 3 giorni, usufruibili anche a fasce orarie.

Il permesso a giornate intere dovrà essere utilizzato entro sette giorni dall'accertamento dell'insorgenza della grave infermità o della necessità di provvedere a conseguenti specifici interventi terapeutici.

Il permesso a fasce orarie dovrà avere inizio entro sette giorni dall'accertamento dell'insorgenza della grave infermità o della necessità di provvedere a conseguenti specifici interventi terapeutici.

Ai fini del riconoscimento del suddetto permesso si include l'Attestazione medico-legale (Allegato 1), dalla quale risulta che il familiare assistito è affetto da patologia di cui all'art. 2, comma 1, lett. d) del D.M. 21.7.2000, ed è stata accertata l'insorgenza di una grave infermità o si è verificata la necessità di provvedere a conseguenti specifici interventi terapeutici.

Milano, \_\_\_\_\_

VISTO: Il Responsabile della Struttura

Firma del dipendente

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma leggibile)

**ATTESTAZIONE MEDICO LEGALE**

nei confronti del proprio assistito

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

NATO/A IL \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_

certifico che al paziente affetto da patologia di cui all'art. 2, comma 1, lett. d) del D.M. 21.7.2000, in data \_\_\_\_\_ è insorta una grave infermità o si è verificata

la necessità di provvedere a conseguenti specifici interventi terapeutici, in quanto affetto da:

- patologia acuta o croniche che determinano temporanea o permanente riduzione o perdita dell'autonomia personale, ivi incluse le affezioni croniche di natura congenita, reumatica, neoplastica, infettiva, dismetabolica, post traumatica, neurologica, neuromuscolare, psichiatrica, derivanti da dipendenze, a carattere evolutivo o soggette a riacutizzazioni periodiche;
- patologia acuta o cronica che richiede assistenza continuativa o frequenti monitoraggi clinici, ematochimici o strumentali;
- patologia acuta o cronica che richiedono la partecipazione attiva del familiare nel trattamento sanitario;
- patologia dell'infanzia e dell'età evolutiva avente le caratteristiche di cui ai precedenti punti sopraindicati o per le quali il programma terapeutico e riabilitativo richiede il coinvolgimento dei genitori o del soggetto che esercita la potestà.

Si rilascia la presente Attestazione ai fini del riconoscimento del permesso retribuito per grave infermità ai sensi dell'art. 4, comma 1, della legge 8.3.2000, n. 53 a favore del. Sig. \_\_\_\_\_, familiare del mio assistito.

La presente Attestazione viene rilasciata su richiesta del familiare del mio assistito consapevole che le informazioni raccolte saranno trattate dall'Università degli Studi di Milano in base all'Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 D.Lgs. 30.6.2003 n. 196), in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice in materia di protezione dei dati personali e successive modifiche e integrazioni, nonché del Regolamento UE 679/2016 (Regolamento Generale sulla Protezione dei dati).

Milano, \_\_\_\_\_

Firma e timbro del Medico

\_\_\_\_\_