

Il/La sottoscritto/a _____ matr. _____

in servizio presso _____

Tel. _____ con orario di lavoro settimanale di ore n. _____

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 _____

per i seguenti giorni: _____

fascia oraria dalle ore _____ alle ore _____

Per assistere:

- 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/La Responsabile della Struttura

Firma del/della dipendente

(timbro e firma leggibile)

ATTESTAZIONE MEDICO LEGALE

nei confronti del/della proprio/a assistito/a

COGNOME E NOME _____

NATO/A IL _____

A _____

certifico che al/alla paziente affetto/a 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/a da:

- patologie acute 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 richiede 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/della Sig./Sig.ra _____, familiare del/della mio/a assistito/a.

La presente Attestazione viene rilasciata su richiesta del familiare del/della mio/a assistito/a 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
