



Università degli Studi "G. d'Annunzio" Chieti - Pescara

AL DIRETTORE GENERALE
DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI
"G d'Annunzio"
CHIETI/PESCARA

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio presso

CHIEDE

ai sensi del punto 1 comma 3 dell'art. 30 del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro stipulato il 16.10.2008, un **PERMESSO RETRIBUITO PER GRAVE INFERMITÀ** ai sensi art. 4, comma 1, legge 53/2000 per il periodo dal _____ al _____ per

- coniuge (anche legalmente separato) o del convivente;
- parente entro il secondo grado (genitori, figli, fratelli, nonni, nipoti dei nonni) anche non conviventi (indicare il parente);
- soggetto componente la famiglia anagrafica del dipendente.

Per tale assenza possono essere concessi, nell'anno solare, massimo 3 giorni.

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.

Chieti/Pescara, _____

VISTO: Il Responsabile della Struttura

FIRMA

TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Il sottoscritto _____ dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali di cui al Regolamento (UE) - GDPR - 2016/679 del 27 aprile 2016, delle Linee Guida CODAU in materia di privacy e protezione dei dati personali in ambito universitario adottate e fatte proprie dall'Ateneo con delibera del Consiglio di Amministrazione n. 119/2018 Prot. n. 26014 e del D.Lgs. n. 196/2003 -Codice Privacy- come modificato dal D.Lgs. 101/2018 reperibili sul Portale di Ateneo all'indirizzo www.unich.it/privacy

FIRMA

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 "G. d'Annunzio" Chieti/Pescara 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).

Firma e timbro del Medico
