



**MODULO PER DOCUMENTATA GRAVE INFERMITA' (art. 49 CCNL 19/04/2018)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Matr. \_\_\_\_\_ in servizio presso: \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di usufruire per il seguente familiare

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

- coniuge
- convivente purché la stabile convivenza risulti da certificazione anagrafica
- coniuge legalmente separato
- parente entro il secondo anche non convivente:
  - genitori
  - figli
  - fratelli/sorelle
  - nonni
  - nipoti (figli dei figli)

n. giorni \_\_\_\_\_ di permesso per grave infermità per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**(Il giustificativo viene attivato a richiesta del dipendente e sarà fruibile, nel limite di 3 giorni, entro 7 giorni dall'attestazione dell'evento. Copia del medesimo dovrà essere trasmessa alla casella [presenze@uniroma1.it](mailto:presenze@uniroma1.it))**

Si allega:

- certificato medico, che attesti l'insorgenza della grave infermità del familiare, rilasciato dallo specialista del SSN o con esso convenzionato, o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico, anche utilizzando il modello di attestazione medico legale allegato

Il/la sottoscritto/a **DICHIARA:**

- di essere consapevole delle sanzioni civili e penali in cui potrà incorrere in caso di dichiarazione mendace, o di esibizione di atti falsi, o contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi del DPR 28 dicembre 2000, n. 445\*;
- di essere stato/a informato/a che i dati personali raccolti attraverso il presente modulo e suoi allegati sono acquisiti esclusivamente per l'elaborazione del procedimento discendente dalla sua presentazione all'amministrazione;
- di aver letto attentamente l'informativa sul trattamento dei dati personali redatta dall'Università ai sensi dell'art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 e pubblicata sul portale di Ateneo <https://www.uniroma1.it/it/pagina/settore-privacy>
- di dare il consenso al trattamento dei dati personali per le finalità per le quali il presente modulo è presentato all'Università.

Roma,

Il/la dipendente (firma)

\_\_\_\_\_

**\* DPR 445-2000 – T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa**

Art. 76 (Norme penali)

1. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

2. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso.

3. Le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli articoli 46 e 47 e le dichiarazioni rese per conto delle persone indicate nell'articolo 4, comma 2, sono considerate come fatte a pubblico ufficiale.

4. Se i reati indicati nei commi 1, 2 e 3 sono commessi per ottenere la nomina ad un pubblico ufficio o l'autorizzazione all'esercizio di una professione o arte, il giudice, nei casi più gravi, può applicare l'interdizione temporanea dai pubblici uffici o dalla professione e arte.

## 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 Decreto Ministeriale n.278/2000, in data \_\_\_\_\_ è insorta una grave infermità o si è verificata la necessità di provvedere a conseguenti specifici interventi terapeutici, in quanto affetto da:

- 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;
- patologie acute o croniche che richiedono assistenza continuativa o frequenti monitoraggi clinici, ematochimici e strumentali;
- patologie acute o croniche che richiedono la partecipazione attiva del familiare nel trattamento sanitario;
- patologie dell'infanzia e dell'età evolutiva aventi le caratteristiche di cui ai precedenti punti 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 Roma 'Sapienza' in base all'Informativa sul trattamento dei dati.

Roma, \_\_\_\_\_

Firma e timbro del Medico

\_\_\_\_\_