

FAC-SIMILE

MODELLO DI CERTIFICAZIONE RICONOSCIMENTO "GRAVE PATOLOGIA"

(da compilare a cura del medico)

Il Sig./Sig.ra (cognome e nome) _____

Nato/a a _____ il _____

Risulta affetto/a **ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. d) del decreto interministeriale 278 del 21 luglio 2000** (Regolamento recante disposizioni di attuazione dell'articolo 4 della legge 8 marzo 2000, n. 53, concernente congedi per eventi e cause particolari) **dalla seguente tipologia di "grave patologia"**

- ☐ 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;

Data _____

Il Medico
(timbro e firma leggibile)
