
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Elvira Amata

Assente

IL SEGRETARIO

Sig. Marcello Gugliotta

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Giuseppe Drago

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Maurizio Aricò

REGIONE SICILIA
Assessorato Regionale della Salute



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
RAGUSA

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 1502 del 16 LUG. 2015

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente copia di deliberazione, ai sensi dell'art. 53, comma n. 2 della L.R. 3/11/1993 n. 30, viene pubblicata nell'Albo dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa per 15 giorni consecutivi, dal 19 LUG. 2015

IL SEGRETARIO

Sig. Marcello Gugliotta

U.O.C. AFFARI GENERALI, SVILUPPO ORGANIZZATIVO E RISORSE UMANE

Esecutiva: _____
Atto sottoposto a controllo: _____

OGGETTO: integrazione delibera n. 1348 del 30/06/2015.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Giuseppe M. Iorio

IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA

M. Iorio

Il 16 LUG. 2015, nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale, il Direttore Generale Dott. Maurizio Aricò, nominato con Decreto del Presidente della Regione Siciliana n. 201 del 24 giugno 2014, coadiuvato, ai sensi dell'art. 7 della L. R. 30/1993, dai Sigg.:

- Dott.ssa Elvira Amata
- Direttore Amministrativo Assente
- Dott. Giuseppe Drago
- Direttore Sanitario

e con l'assistenza Sig. Marcello Gugliotta, quale Segretario verbalizzante, adotta la seguente deliberazione:

La presente copia è conforme all'originale in atti	IL SEGRETARIO

Su proposta della U.O.C. Direzione Affari generali, Sviluppo Organizzativo e Risorse Umane che, con la sottoscrizione da parte del Direttore di Struttura, ne attesta la regolarità formale e la legittimità.

PREMESSO che con delibera n. 1348 del 30/06/2015, è stato adottato il regolamento in materia di concessione dei benefici connessi alla L. 05/02/1992, n. 104 (utilizzo permessi retribuiti - Legge 5/2/1992, n. 104), da applicarsi al personale della dirigenza e del comparto;

RILEVATO che il regolamento di cui sopra prevede n. 6 modelli, utili per la presentazione delle istanze di fruizione dei diritti disciplinati dall'atto stesso, i quali, per mero errore, non risultano allegati al regolamento approvato con delibera n. 1348/2015 regolarmente pubblicata, nel rispetto dei previsti obblighi di pubblicazione, all'albo pretorio aziendale;

RITENUTO necessario provvedere alla ripubblicazione del regolamento in parola comprensivo degli allegati modelli;

SENTITO il parere favorevolmente espresso dal Direttore Sanitario Aziendale e dal Direttore Amministrativo, per quanto di rispettiva competenza;

propria

DELIBERA

per i motivi in premessa riportati, che qui si intendono ripetuti e trascritti:

PRENDERE ATTO che con delibera n. 1348 del 30/06/2015, è stato adottato il regolamento in materia di concessione dei benefici connessi alla L. 05/02/1992, n. 104 (utilizzo permessi retribuiti - Legge 5/2/1992, n. 104), regolarmente pubblicata, nel rispetto della normativa in materia di obblighi di pubblicazione di atti e provvedimenti amministrativi aventi effetto di pubblicità legale, per mero errore senza i previsti allegati (n. 6) dal regolamento stesso;

PROCEDERE, ad integrazione della delibera n. 1348/2015, alla ripubblicazione del regolamento in argomento e dei previsti allegati (n. 6), che fanno parte integrante e sostanziale del regolamento stesso.

pa

Oggetto: Richiesta permessi mensili retribuiti ai sensi del comma 3° dell'art. 33 della Legge 104/92 e successive modifiche ed integrazioni introdotte dagli art. 19 e 20 della L. n. 53/2000.

RICHIESTA PRIMA AUTORIZZAZIONE - ANNO 201__

(Fornire le notizie richieste e barrare le caselle che interessano)

A		DATI RELATIVI AL / ALLA RICHIEDENTE	
COGNOME		NOME	
DATA DI NASCITA		COMUNE DI NASCITA	
INDIRIZZO (Via, Piazza, Numero, Frazione)		C. A. P.	
COMUNE DI RESIDENZA		PROV.	N. TELEFONICO
QUALIFICA RIVESTITA		MATRICOLA N.	
U. O. DI APPARTENENZA		PRESIDIO	
E' portatore di handicap grave		ALLEGARE CERTIFICATO DI INVALIDITA'	
accertato in data		valevole fino al	
si		no	
F		PERMESSI RICHIESTI	
<input type="checkbox"/> 2 ORE DI PERMESSO RETRIBUITO PER TUTTI I GIORNI DAL _____ AL _____		GIORNI DI PERMESSO AL MESE (MAX 3) NELLE GIORNATE CHE SARANNO INDICATE ENTRO AL FINE DEL MESE PRECEDENTE A QUELLO DI FRUIZIONE	
<input type="checkbox"/> 2 ORE DI PERMESSO RETR. PER I SEGUENTI PERIODI DAL _____ AL _____			
DAL _____ AL _____			
DAL _____ AL _____			
		<input type="checkbox"/> GEN <input type="checkbox"/> FEB <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> APR <input type="checkbox"/> MAG <input type="checkbox"/> GIU	<input type="checkbox"/> LUG <input type="checkbox"/> AGO <input type="checkbox"/> SET <input type="checkbox"/> OTT <input type="checkbox"/> NOV <input type="checkbox"/> DIC
E		DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL/DELLA RICHIEDENTE	
CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' CIVILI E PENALI PREVISTE PER COLORO CHE RENDONO DICHIARAZIONI FALSE, DICHIARA CHE LE NOTIZIE FORNITE CON IL PRESENTE MODELLO RISPONDONO A VERITA'.			
IL / LA SOTTOSCRITT_ SI IMPEGNA, IN OCCASIONE DEL RINNOVO ANNUALE, A:			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> PRESENTARE DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' CHE DA PARTE DELLA A.U.S.L. NON SI E' PROCEDUTO A RETTIFICHE O NON E' STATO REVOC. O MODIFICATO IL GIUDIZIO SULLA GRAVITA' DELL'HANDICAP; </div>			
S'IMPEGNA INOLTRE A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> OGNI VARIAZ. CHE DOVESSE NEL FRATTEMPO INTERVENIRE MODIFICANDO LA SITUAZIONE SOPRA DESCRITTA </div>			
DATA		FIRMA DEL / DELLA RICHIEDENTE	
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>		<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>	

ALLEGA: 1 CERTIFICATO DI INVALIDITA' DELL'HANDICAPP.
2 ALTRA DOCUMENTAZIONE pag. n. __

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA'
(art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il / la sottoscritt _____

nat _ a _____ il _____

residente in _____

via _____ n . _____

a conoscenza delle **sanzioni penali** richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal decreto stesso;

a conoscenza altresì che le dichiarazioni contenute nella presente istanza, qualora abbiano un contenuto non veritiero comportano; oltre alle predette sanzioni, la **decadenza dai conseguenti benefici**.

DICHIARA

Ai fini della concessione dei benefici di cui all'art. 33 c. 3° della legge 104/92, alla cui richiesta questa autocertificazione è allegata, che nessun altro lavoratore parente o affine entro il 3° grado gode di analoghi permessi per assistere il sottoscritto

Il sottoscritto si impegna a comunicare eventuali successive variazioni che dovessero intervenire modificando la situazione sopra dichiarata.

Luogo e data

(firma per esteso)

Oggetto: permessi mensili retribuiti ai sensi del comma 3° dell'art. 33 della Legge 104/92 e successive modifiche ed integrazioni introdotte dagli artt. 19 e 20 della L. n. 53/2000. --

RINNOVO AUTORIZZAZIONE TITOLARI DI HANDICAP

**ISTANZA CONTENENTE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONE E DI
ATTO DI NOTORIETA'**

(art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

il / la sottoscritt _____

nato a _____ il _____ residente in _____

_____ via _____ n. _____

dipendente di questa Azienda con la qualifica di _____

in servizio presso _____ sede di _____

n. telefonico _____ matr. n. _____

a conoscenza delle **sanzioni penali** richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal decreto stesso;

a conoscenza altresì che le dichiarazioni contenute nella presente istanza, qualora abbiano un contenuto non veritiero comportano, oltre alle predette sanzioni, la **decadenza dai conseguenti benefici**.

CHIEDE

Il rinnovo per l'anno 20__ della autorizzazione n. _____ del _____ precedentemente concessa per la fruizione dei benefici di cui all'art. 33 comma 3° della Legge 104/92. A tal fine

DICHIARA

Che restano immutati i presupposti già valutati in occasione della istanza iniziale pertanto:

- nessun altro parente o affine entro il 3° grado gode di analogo permesso per lo stesso disabile;
 non si è proceduto a rettifiche o non è stato revocato o modificato il giudizio sulla gravità dell'handicap;
 ovvero sono intervenute le seguenti variazioni: _____

il / la sottoscritt _____ dichiara inoltre che con la sottostante firma si intendono rilasciate tutte le dichiarazioni di cui ai precedenti punti.

Luogo e data _____
Il presente modello deve pervenire entro il 15 dicembre di ogni anno

Il dichiarante _____

Allegare fotocopia di un valido documento di riconoscimento

Oggetto: Richiesta permessi mensili retribuiti ai sensi del comma 3° dell'art. 33 della Legge 104/92 e successive modifiche ed integrazioni introdotte dagli art. 19 e 20 della L. n. 53/2000.

RICHIESTA PRIMA AUTORIZZAZIONE - ANNO 201__

(Fornire le notizie richieste e barrare le caselle che interessano)

A DATI RELATIVI AL / ALLA RICHIEDENTE	
COGNOME	NOME
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA
INDIRIZZO (Via, Piazza, Numero, Frazione)	C. A. P.
COMUNE DI RESIDENZA	PROV. N. TELEFONICO
QUALIFICA RIVESTITA	MATRICOLA N.
U. O. DI APPARTENENZA	PRESIDIO

B DATI RELATIVI AL PORTATORE / ALLA PORTATRICE DI HANDICAP (FIGLIO/A O AFFIDATO/A)	
COGNOME	NOME
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA
INDIRIZZO (Via, Piazza, Numero, Frazione)	C. A. P.
COMUNE DI RESIDENZA	PROV.
E' ricoverat_ presso istituti o case di cura pubbliche o private <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Svolge attività lavorativa <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
E' figli_ del/della richiedente <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
E' affidat_ al/alla richiedente <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
E' convivente con il/la richiedente <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
ALLEGARE STATO DI FAMIGLIA	
E' portatore di handicap grave <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
ALLEGARE CERTIFICATO DI INVALIDITA'	
accertato in data _____ valevole fino al _____	

C DATI RELATIVI ALL'ALTRO GENITORE	
COGNOME	NOME
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA
INDIRIZZO (Via, Piazza, Numero, Frazione)	C. A. P.
COMUNE DI RESIDENZA	PROV.
NON SVOLGE ATTIVITA' LAVORATIVA <input type="checkbox"/>	SVOLGE LAVORO AUTONOMO <input type="checkbox"/>
SVOLGE LAVORO DIPENDENTE PRESSO LA DITTA _____	
CON CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO <input type="checkbox"/>	
CON CONTRATTO A T. DET. FINO AL _____	

D DICHIARA CHE L'ALTRO GENITORE	
<input type="checkbox"/> NON PUO' ASSISTERE IL/LA FIGLI_ <input type="checkbox"/> PER MOTIVI DI LAVORO <input type="checkbox"/> PER ALTRI MOTIVI (Specificare)	
<input type="checkbox"/> HA RINUNCIATO AI PERMESSI (VALE SOLO SE L'ALTRO GENITORE E' LA MADRE)	

E

DICHIARAZIONE DELL'ALTRO GENITORE

Il sottoscritt genitore di

DICHIARO di:

 beneficiare dei permessi giornalieri per lo stesso figlio **alternativamente** all'altro genitore nel limite massimo di **gg. 3 complessivi** per entrambi i genitori

 NON beneficiare dei permessi giornalieri per lo stesso figlio **alternativamente** all'altro genitore nel limite massimo di **gg. 3 complessivi** per entrambi i genitori

DATA

FIRMA DEL / DELLA RICHIEDENTE

F

PERMESSI RICHIESTI PER FIGLI MINORI

FINO A 3 ANNI DI ETÀ'

DI ETÀ' SUPERIORE A 3 ANNI

 PROLUNGAMENTO CONGEDO PARENTALE

DAL _____ AL _____

ovvero

 2 ORE DI PERMESSO RETRIBUITO PER TUTTI I GIORNI

DAL _____ AL _____

 2 ORE DI PERMESSO RETR. PER I SEGUENTI PERIODI

DAL _____ AL _____

DAL _____ AL _____

GIORNI DI PERMESSO AL MESE (MAX 3) NELLE GIORNATE CHE SARANNO INDICATE ENTRO AL FINE DEL MESE PRECEDENTE A QUELLO DI FRUIZIONE

 GEN FEB MAR APR MAG GIU LUG AGO SET OTT NOV DIC

G

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ DEL/DELLA RICHIEDENTE

CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ CIVILI E PENALI PREVISTE PER COLORO CHE RENDONO DICHIARAZIONI FALSE, DICHIARA CHE LE NOTIZIE FORNITE CON IL PRESENTE MODELLO RISPONDONO A VERITÀ.

IL / LA SOTTOSCRITT_ SI IMPEGNA, IN OCCASIONE DEL RINNOVO ANNUALE, A:

PRESENTARE DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ CHE DA PARTE DELLA A.U.S.L. NON SI È PROCEDUTO A RETTIFICHE O NON È STATO REVOC. O MODIFICATO IL GIUDIZIO SULLA GRAVITÀ DEL /DELLA FIGLI_ HANDICAP;

PRESENTARE DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ CHE IL DISABILE NON È RICOVERATO;

S'IMPEGNA INOLTRE A COMUNICARE **TEMPESTIVAMENTE**:

ALTRE VARIAZ. CHE DOVESSERO NEL FRATTEMPO INTERVENIRE MODIFICANDO LA SITUAZIONE SOPRA DESCRITTA

DATA

FIRMA DEL / DELLA RICHIEDENTE

ALLEGA:

1 STATO DI FAMIGLIA

2 CERTIFICATO DI INVALIDITÀ DELL'HANDICAP.

3 ALTRA DOCUMENTAZIONE pag. n. __

Oggetto: permessi mensili retribuiti ai sensi del comma 3° dell'art. 33 della Legge 104/92 e successive modifiche ed integrazioni introdotte dagli artt. 19 e 20 della L. n. 53/2000. -- RINNOVO AUTORIZZAZIONE

**ISTANZA CONTENENTE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONE E DI
ATTO DI NOTORIETA'**

(art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

il / la sottoscritt _____

nato a _____ il _____ residente in _____

_____ via _____ n. _____

dipendente di questa Azienda con la qualifica di _____

in servizio presso _____ sede di _____

n. telefonico _____ matr. n. _____

a conoscenza delle **sanzioni penali** richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal decreto stesso;

a conoscenza altresì che le dichiarazioni contenute nella presente istanza, qualora abbiano un contenuto non veritiero comportano, oltre alle predette sanzioni, la **decadenza dai conseguenti benefici**.

CHIEDE

Il rinnovo per l'anno 20__ della autorizzazione n. _____ del _____ precedentemente concessa per la fruizione dei benefici di cui all'art. 33 comma 3° della Legge 104/92. A tal fine

DICHIARA

Che restano immutati i presupposti già valutati in occasione della istanza iniziale pertanto (barrare le voci di interesse) :

- il / la sottoscritt _____ assiste con continuità il parente o l'affine disabile;
- nessun altro parente o affine entro il 3° grado gode di analogo permesso per lo stesso disabile;
- non si è proceduto a rettifiche o non è stato revocato o modificato il giudizio sulla gravità dell'handicap;
- il disabile non si trova ricoverato presso istituti o case di cura pubbliche o private;
- nessun altro convivente è stato nel frattempo inserito nel nucleo familiare del disabile;
- ovvero sono intervenute le seguenti variazioni: _____

il / la sottoscritt _____ dichiara inoltre che con la sottostante firma si intendono rilasciate tutte le dichiarazioni di cui ai precedenti punti.

Luogo e data _____
Il presente modello deve pervenire entro il 15 dicembre di ogni anno

Il dichiarante _____

Allegare fotocopia di un valido documento di riconoscimento

D PERMESSI MENSILI RICHIESTI											
BARRARE LE CASELLE DEI MESI PRESCELTI PER I GIORNI DI PERMESSO (MAX 3 AL MESE). I GIORNI VANNO COMUNICATI AL RESPONSABILE DELLA STRUTT., ALLA DIREZ. SANITARIA ED AL SERVIZIO INFERM. ENTRO AL FINE DEL MESE PRECEDENTE A QUELLO DI FRUIZIONE											
<input type="checkbox"/>	gen	<input type="checkbox"/>	marzo	<input type="checkbox"/>	maggio	<input type="checkbox"/>	luglio	<input type="checkbox"/>	sett.	<input type="checkbox"/>	nov.
<input type="checkbox"/>	febbr	<input type="checkbox"/>	aprile	<input type="checkbox"/>	giugno	<input type="checkbox"/>	agosto	<input type="checkbox"/>	ottobre	<input type="checkbox"/>	dic.

E DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL/DELLA RICHIEDENTE			
CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' CIVILI E PENALI PREVISTE PER COLORO CHE RENDONO DICHIARAZIONI FALSE, DICHIARA CHE LE NOTIZIE FORNITE CON IL PRESENTE MODELLO RISPONDONO A VERITA'.			
SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA' DICHIARA INOLTRE :			
NESSUN ALTRO PARENTE O AFFINE ENTRO IL SECONDO GRADO, LAVORATORE GODE DI ANALOGO PERMESSO PER QUESTO STESSO DISABILE			
IL / LA SOTTOSCRITT_ SI IMPEGNA, IN OCCASIONE DEL RINNOVO ANNUALE, A:			
<table border="1"> <tr> <td>PRESENTARE DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' CHE DA PARTE DELLA A.U.S.L. NON SI E' PROCEDUTO A RETTIFICHE O NON E' STATO REVOC. O MODIFICATO IL GIUDIZIO SULLA GRAVITA' DELL'HANDICAP;</td> </tr> <tr> <td>PRESENTARE DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' CHE L'HANDICAPPATO NON E' RICOVERATO;</td> </tr> </table>		PRESENTARE DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' CHE DA PARTE DELLA A.U.S.L. NON SI E' PROCEDUTO A RETTIFICHE O NON E' STATO REVOC. O MODIFICATO IL GIUDIZIO SULLA GRAVITA' DELL'HANDICAP;	PRESENTARE DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' CHE L'HANDICAPPATO NON E' RICOVERATO;
PRESENTARE DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' CHE DA PARTE DELLA A.U.S.L. NON SI E' PROCEDUTO A RETTIFICHE O NON E' STATO REVOC. O MODIFICATO IL GIUDIZIO SULLA GRAVITA' DELL'HANDICAP;			
PRESENTARE DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' CHE L'HANDICAPPATO NON E' RICOVERATO;			
S'IMPEGNA INOLTRE A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE:			
<table border="1"> <tr> <td>IL GODIMENTO DELLE AGEVOLAZIONI DA PARTE DI ALTRO PARENTE O DEL CONIUGE DEL PORTATORE DI HANDICAP GRAVE</td> </tr> <tr> <td>ALTRE VARIAZ. CHE DOVESSERO NEL FRATTEMPO INTERVENIRE MODIFICANDO LA SITUAZIONE SOPRA DESCRITTA</td> </tr> </table>		IL GODIMENTO DELLE AGEVOLAZIONI DA PARTE DI ALTRO PARENTE O DEL CONIUGE DEL PORTATORE DI HANDICAP GRAVE	ALTRE VARIAZ. CHE DOVESSERO NEL FRATTEMPO INTERVENIRE MODIFICANDO LA SITUAZIONE SOPRA DESCRITTA
IL GODIMENTO DELLE AGEVOLAZIONI DA PARTE DI ALTRO PARENTE O DEL CONIUGE DEL PORTATORE DI HANDICAP GRAVE			
ALTRE VARIAZ. CHE DOVESSERO NEL FRATTEMPO INTERVENIRE MODIFICANDO LA SITUAZIONE SOPRA DESCRITTA			
DATA	FIRMA DEL / DELLA RICHIEDENTE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

ALLEGA: 1 STATO DI FAMIGLIA DEL DISABILE 2 CERTIFICATO DI INVALIDITA' DEL DISABILE
3 ALTRA DOCUMENTAZIONE (autocertificazioni) pag. n. __

AVVERTENZE IMPORTANTI
IL PARENTE O AFFINE ENTRO IL 3° GRADO, OVVERO IL CONIUGE DI UN PORTATORE DI HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITA' ACCERTATA, NON RICOVERATO A TEMPO PIENO, HA DIRITTO AD USUFRUIRE FINO AD UN MASSIMO DI 3 GIORNI DI PERMESSO MENSILE
I PERMESSI NON COMPETONO QUANDO IL CONIUGE O UN PARENTE O UN AFFINE CONVIV. POSSONO PRESTARE ASSISTENZA ALL'HANDICAPPATO IN QUANTO NON SVOLGONO ALCUNA ATTIVITA' LAVORATIVA (A MENO CHE GLI STESSI NON SI TROVINO IN SITUAZIONE DI ASSOLUTA IMPOSSIBILITA' AD ASSISTERLO CIRCOSTANZA, QUESTA, CHE DEVE ESSERE DEBITAMENTE DOCUMENTATA)
L'AUTORIZZAZIONE E' SOGGETTA A RINNOVO ANNUO (SCAD. 31/12)
AI FINI DEL RINNOVO IL MODELLO DEBITAMENTE COMPILATO, EVENTUALMENTE AGGIORNATO DI OGNI VARIAZIONE NEL FRATTEMPO INTERVENUTA DOVRA' PERVENIRE ENTRO IL 15 DICEMBRE DI CIASCUN ANNO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA'
(art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il / la sottoscritt _____

nat _ a _____ il _____

residente in _____

via _____ n . _____

a conoscenza delle **sanzioni penali** richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal decreto stesso;

a conoscenza altresì che le dichiarazioni contenute nella presente istanza, qualora abbiano un contenuto non veritiero comportano, oltre alle predette sanzioni, la **decadenza dai conseguenti benefici**.

D I C H I A R A

Ai fini della concessione dei benefici di cui all'art. 33 c. 3° della legge 104/92, alla cui richiesta questa autocertificazione è allegata, la seguente composizione della famiglia anagrafica della persona che assiste

sig. / sig.ra _____ :

- _____ (specificare la parentela)
- _____ (specificare la parentela)
- _____ (specificare la parentela)
- _____ (specificare la parentela)
- _____ (specificare la parentela)
- _____ (specificare la parentela)
- _____ (specificare la parentela)

La sottoscritta si impegna a comunicare eventuali successive variazioni che dovessero intervenire modificando la situazione sopra dichiarata.

_____,
Luogo e data

(firma per esteso)

Dichiarazione del disabile in situazione di gravità

Dati

Cognome _____ Nome _____ Codice fiscale _____

Nato il (gg/mm/aaaa) _____ A _____ Prov. _____ Stato _____

Cittadinanza _____ Residente in _____ Prov. _____

Stato _____ Indirizzo _____ C. A. P. _____

Dichiaro (solo se maggiorenne)

- di essere coniuge parente o affine entro il secondo grado (specificare rapporto di parentela o affinità: es. figlio, cognato, ecc.) _____ del richiedente dal quale intende essere assistito
- di essere parente o affine di terzo grado (specificare rapporto di parentela o affinità: es. nipote, zio) _____ del richiedente dal quale intende essere assistito e di essere nelle condizioni dichiarate a pag. 2 del modulo dal richiedente medesimo
- di essere in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla Commissione (art. 4, comma 1, della legge n.104/1992) di _____
- di non essere ricoverato a tempo pieno
- di essere impegnato in attività lavorativa e beneficiario dei permessi previsti dalla legge 104/92

firma _____

Se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato, la presente dichiarazione deve essere inoltrata unitamente alla fotocopia di un documento di riconoscimento

DICHIARAZIONE

Il /la sottoscritto _____

Nato a _____ prov. (___) il _____

residente in _____

via _____ prov. (___) n. _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità

con riferimento alla richiesta di fruizione dei benefici di cui alla legge 104/92, presentata dal
Sottoscritto/a _____ dipendente della ASP di
Ragusa per l'assistenza al Sig. / Sig.ra _____
nata il _____

- di prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni ovvero il dipendente necessita delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità;
- di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'Amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Luogo e data

Firma

Allega copia fotostatica di un valido documento di riconoscimento.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA'

(art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il /la sottoscritto _____

Nato a _____ prov. (___) il _____

residente in _____

via _____ prov. (___) n. _____

consapevole delle **sanzioni penali** richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal decreto stesso;

a conoscenza altresì che le dichiarazioni contenute nella presente istanza, qualora abbiano un contenuto non veritiero comportano, oltre alle predette sanzioni, la **decadenza dai conseguenti benefici**.

DICHIARA sotto la propria responsabilità

con riferimento alla richiesta di fruizione dei benefici di cui alla legge 104/92, presentata dal Sig. /sig.ra _____ dipendente della ASP di Ragusa per l'assistenza al Sig. / Sig.ra _____ nata il _____

▪ di essere il / la _____ della persona da assistere;
(specificare il grado di parentela)

▪ di essere con la stessa Convivente Non convivente;

di non svolgere alcuna attività lavorativa;

OVVERO

Di svolgere attività lavorativa:

Autonoma

alle dipendenze del seguente datore di lavoro (pubblico o privato) _____

Con sede a _____ Via _____ n. _____

Tel. _____

di non aver pertanto richiesto i permessi di cui all'art. 33 comma 3 legge 104/92 per l'assistenza al sopraccitato parente.

Luogo e data

Firma

Allega copia fotostatica di un valido documento di riconoscimento.

Al Direttore Generale della
Asp di Ragusa

CONGEDO STRAORDINARIO PER LA CURA DEL PARENTE DISABILE GRAVE

Il/La sottoscritto/a
(cognome) (nome)
codice fiscale matr.
in servizio presso

PREMESSO

• di essere genitore/fratello (*)/ coniuge/ figlio di
(cognome) (nome)
nato/a a (.....)
(luogo) (provincia)
il __/__/____ codice fiscale
(data)

• che il suddetto risulta essere affetto da handicap con connotazione di gravità, accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992;

• di avere titolo a usufruire dei benefici di cui all'art. 42, commi 2 e 3, del D.Lgs. 151/2001;

CHIEDE

di usufruire del congedo retribuito di cui all'art. 42, c.5 del D.Lgs 26 marzo 2001 n°151, come integrato dalle sentenze della Corte Costituzionale n. 19/2009 e n. 158/2007, a decorrere:

dal giorno __/__/____ e fino al giorno __/__/____ per complessivi gg ____

dal giorno __/__/____ e fino al giorno __/__/____ per complessivi gg ____

dal giorno __/__/____ e fino al giorno __/__/____ per complessivi gg ____

A tal fine:

• allega certificato della Azienda Sanitaria Provinciale attestante il riconoscimento della connotazione di gravità dell'handicap di cui al comma 3 dell'art.3 della L.104/1992;

• si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni dichiarate in questo modulo e in particolare:

- Il ricovero a tempo pieno della persona in condizione di handicap grave;
- la revisione del giudizio di gravità o comunque la cessazione della validità del riconoscimento dell'handicap grave;
- le modifiche ai periodi di permesso richiesti (in questo caso presentare domanda di modifica che annulla e sostituisce quella consegnata in precedenza)
- la morte del disabile

(*) se fratello, documentare il decesso di entrambi i genitori anche con dichiarazione sostitutiva

Consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni false o mendaci, così come stabilito dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n° 445,

DICHIARA

- che il familiare sopra indicato è con il sottoscritto convivente non convivente;
- che lo stesso familiare è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati;
 non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati;
- che lo stesso familiare è lavoratore;
 non è lavoratore;

• che nessun altro avente diritto ha richiesto di astenersi dal lavoro per il medesimo motivo né usufruirà dei permessi di cui all'art. 42, commi 2 e 3, del D.Lgs n° 151/2001 durante il periodo di congedo richiesto;

• di non aver superato, nel corso della propria vita lavorativa, il limite di due anni previsto per la fruizione del congedo avendone fruito nei periodi

Dal Al giorni ; Dal Al giorni ;

Dal Al giorni ; Dal Al giorni ;

Dal Al giorni ; Dal Al giorni ;

• che gli altri aventi diritto:

..... convivente non convivente;
parente 1(cognome) (nome)

..... convivente non convivente;
parente 2(cognome) (nome)

..... convivente non convivente;
parente 3(cognome) (nome)

..... convivente non convivente;
parente 4(cognome) (nome)

..... convivente non convivente;
parente 5(cognome) (nome)

non svolgono alcuna attività lavorativa

parente 1 parente 2 parente 3 parente 4 parente 5

OVVERO

svolgono attività lavorativa:

Autonoma

parente 1 parente 2 parente 3 parente 4 parente 5

alle dipendenze del seguente datore di lavoro (pubblico o privato)

o

Con sede a Via n.

Tel.

o

Con sede a Via n.

Tel.

ed hanno fruito del congedo per la cura del suindicato disabile grave nei seguenti periodi:

Dal Al giorni ; Dal Al giorni

Dal Al giorni ; Dal Al giorni

Dal Al giorni ; Dal Al giorni

• di non aver pertanto superato il limite complessivo tra il sottoscritto e gli altri aventi diritto di due anni previsto per la fruizione del congedo per la cura del suindicato disabile grave;

• di essere a conoscenza delle condizioni previste per la fruizione del congedo richiesto.

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 28 dicembre 2000, n° 445

sottoscrive la presente domanda e allega copia fotostatica del proprio documento di identità

sottoscrive la presente domanda dinanzi al dipendente addetto, previo accertamento della propria identità

Firma

Data

.....

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196, recante norme sul trattamento dei dati personali: i dati sopra riportati sono raccolti ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e, comunque, nell'ambito delle attività istituzionali dell'Azienda U.S.L. n. 7 di Ragusa, titolare del trattamento. All'interessato competono i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs n. 196/03.

AVVERTENZE:

1. Il dichiarante è penalmente responsabile in caso di dichiarazione mendace (art. 76, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

2. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

ATTESTAZIONE DEL RESPONSABILE DELLA UNITA' OPERATIVA

1) Vista la richiesta di permesso retribuito prodotta dal dipendente _____, in data _____, SI AUTORIZZA la concessione ATTESTANDO che il periodo di assenza in essa evidenziato, non arreca pregiudizio al normale svolgimento del servizio e non si richiede alcuna sostituzione.

data _____ timbro e firma _____

2) Vista la richiesta di permesso retribuito prodotta dal dipendente _____ in data _____, SI DIFFERISCE la fruizione al _____, in quanto ragioni organizzative ed esigenze di servizio della Struttura non consentono, in atto, un normale svolgimento del servizio.

data _____ timbro e firma _____

3) Vista la richiesta di permesso retribuito prodotta dal dipendente _____ in data _____, si rappresenta che la stessa viene ACCOLTA PARZIALMENTE e precisamente dal _____ al _____ onde contemperare le attuali esigenze di servizio con quelle del richiedente.

data _____ timbro e firma _____

Il Settore Personale avrà cura di predisporre la notifica dell'esito della presente determinazione al richiedente.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA'
(art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il / la sottoscritt _____

nat _ a _____ il _____

residente in _____

via _____ n . _____

a conoscenza delle **sanzioni penali** richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal decreto stesso;

a conoscenza altresì che le dichiarazioni contenute nella presente istanza, qualora abbiano un contenuto non veritiero comportano, oltre alle predette sanzioni, la **decadenza dai conseguenti benefici**.

DICHIARA

Ai fini della concessione dei benefici di cui all'art. 42 D.lgs 26 marzo 2001 n. 151, alla cui richiesta questa autocertificazione è allegata, la seguente composizione della famiglia anagrafica della persona che assiste

sig. / sig.ra _____ :

- | | | |
|--------------------------|-------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| | | (specificare la parentela) |
| <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| | | (specificare la parentela) |
| <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| | | (specificare la parentela) |
| <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| | | (specificare la parentela) |
| <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| | | (specificare la parentela) |
| <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| | | (specificare la parentela) |

La sottoscritta si impegna a comunicare eventuali successive variazioni che dovessero intervenire modificando la situazione sopra dichiarata.

Luogo e data

(firma per esteso)



REGOLAMENTO AZIENDALE

**Utilizzo Permessi Retribuiti
Legge 5/2/1992, n. 104**

Art. 1
riferimenti normativi

Legge 5.2.1992, n.104 - “Legge quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”.

Legge 8.3.2000, n. 53 - “Disposizioni per il sostegno della maternità e della paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi delle città”.

Decreto Legislativo 26.3.2001, n.151 – “testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell’articolo 15 della Legge 8.3.2000, n. 53”.

Legge 4.11.2010, n. 183 – “Deleghe al Governo in materia di lavori usuranti, di riorganizzazione di enti, di congedi, aspettative e permessi, di ammortizzatori sociali, di servizi per l’impiego, di incentivi all’occupazione, di apprendistato, di occupazione femminile, nonché misure contro il lavoro sommerso e disposizioni in tema di lavoro pubblico e di controversie di lavoro”.

Circolare Dipartimento Funzione Pubblica 6.12.2010, n.13.

Decreto Legislativo 18.07.2011, n. 119 – “Attuazione dell’art. 23 della legge 04.11.2010, n. 183, recante delega al Governo per il riordino della normativa in materia di congedi, aspettative e permessi”.

Art. 2
soggetti aventi diritto

I soggetti legittimati alla fruizione dei permessi sono:

- 1) i dipendenti in situazione di disabilità grave;
 - 2) i dipendenti che assistono familiari, parenti o affini (specificare grado di affinità ai sensi dell’art. 33, comma 3), in situazione di disabilità grave;
 - 3) i dipendenti genitori, anche adottivi, che assistono figli di età inferiore a 3 anni in situazione di disabilità grave;
-

CAPO I
NORME A FAVORE DEI DIPENDENTI IN SITUAZIONE DI DISABILITA’ GRAVE

Art. 3
generalità

Ai sensi dell’art. 33, c. 6, Legge n. 104/1992, il dipendente in situazione di disabilità grave - accertata ai sensi dell’art. 4 della Legge prima menzionata - ha diritto alla fruizione alternativa di:

1. 2 ore di permesso giornaliero retribuito – nel caso di giornata lavorativa della durata di 6 ore o più;
2. 1 ora di permesso giornaliero retribuito – nel caso di giornata lavorativa della durata inferiore a 6 ore;
3. 3 giorni di permesso mensile retribuiti, fruibili anche in maniera continuativa (purché non ad

- ore);
4. il diritto, ove possibile, alla sede di lavoro più vicina al proprio domicilio; il dipendente in situazione di disabilità grave non può essere trasferito ad altra sede senza il suo consenso.

Art. 4 **istanza**

1. Il dipendente interessato, portatore di handicap, ha l'onere di presentare apposita istanza, per la fruizione delle agevolazioni previste all'U.O.C. Direzione AA.GG. Sviluppo Organizzativo e Risorse Umane con la specifica delle modalità scelte di fruizione del beneficio (una/due ore di permesso giornaliero retribuito o, in alternativa, tre giorni di permesso mensile retribuito).
2. Nei casi di richiesta di variazione delle modalità di fruizione del beneficio, il dipendente dovrà presentare nuova apposita istanza.
3. Il dipendente ha l'obbligo di dimostrare la sussistenza dei presupposti di legittimazione attraverso la produzione di idonea documentazione, utilizzando gli appositi modelli allegati al presente regolamento (All. 1).
4. In particolare è tenuto alla presentazione del verbale della Commissione Medica dal quale risulti la situazione di handicap grave, accertata ai sensi e con le modalità previsti dall'art. 4, c. 1, L. n. 104/1992.

Art. 5 **autorizzazione**

1. In presenza di una istanza di fruizione delle agevolazioni (o di variazione delle modalità di fruizione) da parte del dipendente portatore di handicap, gli Uffici afferenti alla S.C. "AA.GG., Sviluppo Organizzativo e Risorse Umane", verificata l'adeguatezza e la correttezza della documentazione presentata, adottano il provvedimento di accoglimento entro il termine massimo di 30 giorni, con decorrenza dal primo giorno del mese successivo della data di autorizzazione.
2. L'autorizzazione regolerà le modalità di fruizione delle agevolazioni richieste dal dipendente nell'istanza di autorizzazione.
3. L'autorizzazione deve essere rinnovata annualmente sulla base di apposita dichiarazione di responsabilità prodotta dal dipendente interessato (All. 2) della persistenza dei requisiti che hanno determinato la concessione delle agevolazioni. Questa dovrà pervenire al protocollo generale entro il 31 dicembre di ogni anno. In carenza di tale richiesta, l'autorizzazione alla fruizione delle agevolazioni si intende decaduta.

Art. 6 **modalità di fruizione delle agevolazioni**

1. Il dipendente portatore di handicap, autorizzato ad usufruire dei 3 giorni di permesso retribuito mensile, deve comunicarne la programmazione con almeno 30 giorni di anticipo, al Direttore/Responsabile della propria struttura e, per conoscenza, alla S.C. "AA.GG., Sviluppo Organizzativo e Risorse Umane".
2. Solo in caso di eccezionali sopravvenute urgenti esigenze di assistenza, purché adeguatamente documentate, è consentita la fruizione di permessi retribuiti in date diverse da quelle programmate, previo accordo fra il dipendente utilizzatore e il Direttore/Responsabile dell'U.O., che dovrà predisporre soluzioni organizzative idonee a contemperare la fruizione del beneficio con le esigenze assistenziali di servizio.

3. In caso di permesso retribuito a ore, l'Ufficio Rilevazione Presenze avrà cura di inserire il giustificativo sulla base dell'autorizzazione precedentemente concessa.
4. Nel caso di part-time orizzontale, il permesso retribuito dei 3 giorni compete per intero.
5. Nel caso di part-time verticale il numero dei giorni di permesso spettanti va ridimensionato in riferimento alle giornate di lavoro effettivamente prestate. Il permesso a ore si riduce in proporzione alle ore lavorate.
6. I giorni o le ore di permesso non usufruiti nel mese non possono essere in nessun modo utilizzati nei mesi successive.

Art. 7
rivedibilità del giudizio

1. Nell'ipotesi in cui la competente Commissione Medica abbia fissato una rivedibilità del giudizio medico legale, il dipendente potrà continuare a fruire dei benefici in via provvisoria, fino alla data dell'emanazione del successivo giudizio medico legale da parte della competente Commissione.
2. Si precisa che il dipendente, al fine di non interrompere la fruizione dei benefici, all'atto della notifica del verbale definitivo, è obbligato a presentarne immediatamente copia all'Azienda.
3. Il giudizio medico legale espresso in sede di revisione che conferma la permanenza dello stato di disabilità grave vale a ratificare le assenze effettuate in via provvisoria nel periodo intercorrente tra la data di scadenza del precedente giudizio e la data del successivo verbale.
4. Qualora invece la commissione competente non confermi il giudizio precedentemente espresso, la fruizione dei benefici sarà immediatamente interrotta e le assenze effettuate a tale titolo, successive alla scadenza del precedente verbale, verranno trasformate in ferie e/o recupero eccedenza oraria.

CAPO II

**GENITORI DI FIGLI CON ETÀ INFERIORE AI 3 ANNI IN SITUAZIONE DI
DISABILITÀ GRAVE**

Art. 8
generalità

1. Il lavoratore genitore (padre o madre), che assiste un/a figlio/a di età inferiore a 3 anni, in situazione di disabilità grave – accertata ai sensi dell'art. 4 della Legge menzionata -, anche adottivo/a, ha diritto alla fruizione alternativa di:
 - 1.1 due ore di permesso giornaliero retribuito – nel caso di giornata lavorativa della durata di sei ore o più;
 - 1.2 un'ora di permesso giornaliero retribuito – nel caso di giornata lavorativa della durata inferiore a 6 ore;
 - 1.3 tre giorni di permesso mensile retribuiti, fruibili anche in maniera continuativa (purché non ad ore);
 - 1.4 il diritto, ove possibile, alla sede di lavoro più vicina al proprio domicilio; il dipendente che assiste figli con età inferiore a 3 anni in situazione di disabilità grave non può essere trasferito ad altra sede senza il suo consenso.

2. Si precisa che, trattandosi di istituti finalizzati all'assistenza di minore di età inferiore a 3 anni in situazione di disabilità grave, la fruizione degli stessi deve intendersi alternativa e non cumulativa nell'arco del mese. Conseguentemente, nel mese in cui uno o entrambi i genitori, anche alternativamente, abbiano fruito di uno o più giorni di permesso ai sensi dell'art. 33 comma 3 della legge n. 104/1992, gli stessi non potranno beneficiare per il medesimo figlio delle ore di permesso giornaliero o del prolungamento del congedo parentale.

Art. 9 **istanza**

1. Il dipendente interessato ha l'onere di presentare apposita istanza per la fruizione delle agevolazioni previste, alla S.C. "AA.GG., Sviluppo Organizzativo e Risorse Umane", con la specifica delle modalità scelte di fruizione del beneficio (1/2 ora/e di permesso giornaliero retribuito o, in alternativa, 3 giorni di permesso mensile retribuito). Nei casi di richiesta di variazione delle modalità di fruizione del beneficio, il dipendente dovrà presentare nuova apposita istanza alla suddetta S.C..
2. Il dipendente ha l'obbligo di dimostrare la sussistenza dei presupposti di legittimazione attraverso la produzione di idonea documentazione, utilizzando gli appositi modelli allegati al presente regolamento (All. 3). In particolare è tenuto alla presentazione del verbale della commissione medica dal quale risulti la situazione di handicap grave, accertata ai sensi e con le modalità previsti dall'art. 4, c. 1, L. n. 104/1992.

Art. 10 **Autorizzazione**

1. In presenza di una istanza di fruizione delle agevolazioni da parte del dipendente interessato alla fruizione dei benefici, gli uffici afferenti alla S.C. "AA.GG., Sviluppo Organizzativo e Risorse Umane", verificata l'adeguatezza e la correttezza della documentazione presentata, adottano il provvedimento di accoglimento entro il termine massimo di trenta giorni, con decorrenza dal primo giorno del mese successivo della data di autorizzazione.
2. L'autorizzazione regolerà le modalità di fruizione delle agevolazioni richieste dal dipendente nell'istanza di autorizzazione. Nel caso di nuova istanza del dipendente di variazione delle modalità di fruizione delle agevolazioni, l'ufficio competente adotta il provvedimento di accoglimento entro il termine massimo di trenta giorni, con decorrenza dal primo giorno del mese successivo della data di autorizzazione.
3. L'autorizzazione deve essere rinnovata annualmente sulla base di apposita dichiarazione di responsabilità, prodotta dal dipendente interessato (All. 4), della persistenza dei requisiti che hanno determinato la concessione delle agevolazioni. Questa dichiarazione dovrà pervenire al protocollo generale entro il 31 dicembre di ogni anno. In carenza di tale richiesta, l'autorizzazione alla fruizione delle agevolazioni si intende decaduta.

Art. 11 **modalità di fruizione delle agevolazioni**

1. Il dipendente che assiste un figlio o un parente o affine in situazione di disabilità grave, autorizzato ad usufruire dei 3 giorni di permesso retribuito mensile, deve comunicarne la programmazione con almeno 30 giorni di anticipo al Direttore/Responsabile della struttura e, per conoscenza alla S.C. "AA.GG., Sviluppo Organizzativo e Risorse Umane"

2. Solo in caso di eccezionali sopravvenute esigenze di assistenza, purché adeguatamente documentate, è consentita la fruizione di permessi retribuiti in date diverse da quelle programmate, previo accordo fra il dipendente utilizzatore ed il Direttore/Responsabile dell'U.O., che dovrà predisporre soluzioni organizzative idonee a contemperare la fruizione del beneficio con le esigenze assistenziali del servizio.
3. In caso di permesso retribuito a ore, l'Ufficio Rilevazione Presenze avrà cura di inserire il giustificativo sulla base dell'autorizzazione precedentemente concessa.
4. Nel caso di part-time orizzontale, il permesso retribuito dei 3 giorni compete per intero.
5. Nel caso di part-time verticale il numero dei giorni di permesso spettanti va ridimensionato in riferimento alle giornate di lavoro effettivamente prestate.
6. Il permesso a ore si riduce in proporzione alle ore lavorate. I giorni o le ore di permesso non usufruiti nel mese non possono essere in nessun modo utilizzati nei mesi successive.

Art. 12 congedo parentale

1. Nel caso di figlio con disabilità grave, fino al compimento dell'ottavo anno di vita, i genitori possono godere del prolungamento (entro il compimento dell'ottavo anno di vita del bambino) del periodo di congedo parentale ex art. 33, D. Lgs n. 151/2001, in misura continuativa o frazionabile, per complessivi anni 3, a condizione che il bambino non sia ricoverato a tempo pieno presso istituti di cura o specializzati, salvo che sia richiesta dai sanitari la presenza del genitore.
2. Per tale periodo di congedo parentale è dovuta un'indennità pari al 30% della retribuzione, se fruito entro il terzo anno di vita del bambino; successivamente si mantiene la medesima retribuzione con l'applicazione delle condizioni di cui all'art. 34, c. 3, D. Lgs. n. 151/2001.
3. Il dipendente interessato alla fruizione del beneficio ha l'onere di presentare apposita istanza, indirizzata alla S.C. "AA.GG., Sviluppo Organizzativo e Risorse Umane"

CAPO III

DIPENDENTI CHE ASSISTONO IL CONIUGE O UN FAMILIARE PARENTE O AFFINE

Art. 13 generalità

1. I lavoratori dipendenti, coniugi, parenti o affini (entro il secondo grado) della persona in situazione di disabilità grave – accertata ai sensi dell'art. 4 della Legge n. 104/1992 - hanno diritto alla fruizione di 3 giorni di permesso mensile retribuiti, fruibili anche in maniera continuativa (purché non ad ore).
2. Nel caso in cui i genitori o il coniuge del disabile in situazione di gravità abbiano compiuto il 65° anno di età oppure siano anch'essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti, il diritto alla fruizione dei benefici spetta ai parenti od affini entro il terzo grado.
3. Con l'espressione "mancanti" deve intendersi non solo una situazione di assenza naturale e giuridica (celibato o stato di figlio naturale non riconosciuto) ma anche ogni altra condizione ad essa assimilabile (divorzio, separazione legale, abbandono), debitamente certificata dall'autorità giudiziaria o da altra pubblica autorità (in tali casi è necessario produrre copia di detta documentazione unitamente alla richiesta dei permessi).

4. Ai sensi dell'art. 74 del C.C., la parentela è il vincolo tra le persone che discendono da uno stesso stipite, e cioè:
 - 4.1 parenti di primo grado: genitori e figli;
 - 4.2 parenti di secondo grado: nonni, fratelli, sorelle, nipoti (figli dei figli);
 - 4.3 parenti di terzo grado: bisnonni, zii, nipoti (figli di fratelli o sorelle), pronipoti (figli di nipoti);
5. Ai sensi dell'art. 78 del C.C., l'affinità è il vincolo tra il coniuge ed i parenti dell'altro coniuge, e cioè:
 - 5.1 affini di primo grado: suoceri, nuora, genero;
 - 5.2 affini di secondo grado: cognati;
 - 5.3 affini di terzo grado: zii acquisiti, nipoti acquisiti.

Art. 14 **istanza**

1. Il dipendente interessato ha l'onere di presentare apposita istanza per la fruizione delle agevolazioni previste alla S.C. "AA.GG., Sviluppo Organizzativo e Risorse Umane.
2. Nei casi di richiesta di variazione delle modalità di fruizione del beneficio, il dipendente dovrà presentare nuova apposita istanza alla suddetta S.C..
3. Il dipendente ha l'obbligo di dimostrare la sussistenza dei presupposti di legittimazione attraverso la produzione di idonea documentazione, utilizzando gli appositi modelli allegati al presente regolamento (All. 5). In particolare è tenuto alla presentazione del verbale della Commissione Medica dal quale risulti la situazione di handicap grave, accertata ai sensi e con le modalità previsti dall'art. 4, c. 1, L. n. 104/1992.

Art. 15 **autorizzazione**

1. In presenza di una istanza di fruizione delle agevolazioni da parte del dipendente interessato, gli uffici afferenti alla S.C. "AA.GG., Sviluppo Organizzativo e Risorse Umane", verificata l'adeguatezza e la correttezza della documentazione presentata, adottano il provvedimento di accoglimento entro il termine massimo di trenta giorni, con decorrenza dal primo giorno del mese successivo della data di autorizzazione.
2. L'autorizzazione regola le modalità di fruizione delle agevolazioni richieste dal dipendente nell'istanza di autorizzazione.
3. L'autorizzazione deve essere rinnovata annualmente sulla base di apposita dichiarazione di responsabilità prodotta dal dipendente interessato (All. 2), della permanenza dei requisiti che hanno determinato la concessione delle agevolazioni. Questa dichiarazione dovrà pervenire al protocollo generale entro il 31 dicembre di ogni anno. In carenza di tale richiesta, l'autorizzazione alla fruizione delle agevolazioni si intende decaduta.

Art. 16 **modalità di fruizione delle agevolazioni**

1. Il dipendente che assiste un figlio o un parente o affine in situazione di disabilità grave, autorizzato ad usufruire dei 3 giorni di permesso retribuito mensile, deve comunicarne la programmazione con congruo anticipo almeno 30 giorni di anticipo, al Direttore/Responsabile della propria struttura e, per conoscenza alla S.C. "AA.GG., Sviluppo Organizzativo e Risorse Umane"
2. Solo in caso di eccezionali, sopravvenute urgenti esigenze di assistenza, purché

adeguatamente documentate, è consentita la fruizione di permessi retribuiti in date diverse da quelle programmate, previo accordo fra il dipendente utilizzatore e il Direttore/Responsabile dell'U.O., che dovrà predisporre soluzioni organizzative idonee a contemperare la fruizione del beneficio con le esigenze assistenziali del servizio.

3. Nel caso di part-time orizzontale, il permesso retribuito dei 3 giorni compete per intero.
 4. Nel caso di part-time verticale il numero dei giorni di permesso spettanti va ridimensionato in riferimento alle giornate di lavoro effettivamente prestate. Il permesso a ore si riduce in proporzione alle ore lavorate.
 5. I giorni o le ore di permesso non usufruiti in un mese non possono essere in nessun modo utilizzati nei mesi successivi.
-

Art. 17 **disposizioni comuni**

1. le assenze conseguenti alla fruizione delle agevolazioni in argomento non incidono negativamente né sulla maturazione delle ferie né sulla 3dicesima mensilità;
2. il lavoratore può iniziare a fruire dei permessi di cui in argomento decorsi novanta giorni dalla presentazione della domanda di riconoscimento di handicap grave senza che la competente Commissione (art. 4, Legge n. 104/92) si sia espressa; a tale fine il lavoratore dovrà compilare il relativo modulo di richiesta dei permessi in questione ed allegare allo stesso copia della domanda presentata per il riconoscimento dell'handicap grave unitamente a documentazione sanitaria prodotta a seguito di accertamenti effettuati, in via provvisoria, da un medico specialista della patologia denunciata, in servizio presso la ASP da cui è assistito l'interessato. L'accertamento provvisorio produce effetti fino all'emissione dell'accertamento definitivo da parte della competente Commissione. Il lavoratore dovrà altresì produrre, unitamente a quanto sopra detto, dichiarazione liberatoria in cui si impegna, in caso di provvedimento definitivo negativo, alla restituzione delle prestazioni eventualmente utilizzate dopo la conclusione del procedimento;
3. il lavoratore può allegare al modulo di richiesta dei permessi di cui in argomento, per l'assistenza di soggetti con patologie oncologiche, verbale provvisorio rilasciato ai sensi della Legge n. 80/2006 (art.6, c. 3 bis) dalla competente Commissione Medica, i cui esiti di accertamento di handicap grave hanno efficacia immediata per il godimento dei benefici da essi derivanti, fatta salva la facoltà della Commissione Medica periferica di sospendere gli effetti fino all'esito di ulteriori accertamenti;
4. il lavoratore che allega al modulo di richiesta dei permessi verbale provvisorio di accertamento di handicap, con connotazione di gravità rilasciato dalla competente Commissione Medica, deve contestualmente allegare dichiarazione liberatoria dalla quale si evince che è consapevole che gli eventuali permessi nel tempo fruiti saranno trasformati dal competente Ufficio in congedo ordinario o in aspettativa senza assegni per motivi personali qualora il giudizio definitivo della Commissione non confermi lo stato di handicap con la connotazione di gravità giudicato in prima istanza;
5. più lavoratori non possono assistere lo stesso portatore di handicap grave, ad eccezione dei genitori, che ne fruiscono alternativamente, per il proprio figlio;
6. durante il periodo di fruizione dei permessi giornalieri, gli altri familiari non possono usufruire del congedo straordinario ex art. 42 commi 5 – 5 quinquies , D. Lgs. n. 151/2001 per la stessa persona disabile in situazione di gravità;
7. durante il periodo di fruizione dei permessi giornalieri od orari non può essere svolta

- alcuna prestazione professionale, all'interno o all'esterno dell'Azienda, a qualsiasi titolo;
8. se il portatore di handicap grave è residente in un comune situato ad una distanza maggiore di 150 chilometri rispetto al comune di residenza del lavoratore richiedente i permessi, quest'ultimo deve, di volta in volta, documentare con "titolo di viaggio o altra documentazione idonea" il raggiungimento del luogo in cui risiede l'assistito;
 9. i permessi possono essere richiesti solo per i periodi successivi alla presentazione della domanda;
 10. il provvedimento di accoglimento non ha limiti temporali di validità, ad eccezione del provvedimento emanato a seguito di riconoscimento temporaneo della disabilità grave (handicap grave rivedibile);
 11. Il lavoratore deve produrre dichiarazione sottoscritta in cui risulti che:
 - 11.1 il dipendente presta assistenza nei confronti del disabile per il quale sono richieste le agevolazioni ovvero il dipendente necessita delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità;
 - 11.2 il dipendente è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
 - 11.3 il dipendente è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che la collettività sopporta solo per l'effettiva tutela del disabile;
 - 11.4 il dipendente si impegna a comunicare tempestivamente, per iscritto e comunque prima della fruizione dei benefici, ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni."
 - 11.5 il diritto alla fruizione dei permessi è soggetto periodicamente a verifica da parte degli organi aziendali individuati allo scopo.
 12. Rimane esplicito che tutto quanto sopra dovrà essere quanto meno autocertificato, ove non sia richiesta documentazione specifica. Il lavoratore decade immediatamente dal diritto alla fruizione dei permessi in argomento qualora l'Azienda, a seguito di verifica delle autocertificazioni, accerti l'insussistenza o il venir meno delle condizioni richieste per la legittima fruizione dei medesimi diritti. La Azienda si riserva in questo caso ogni azione (tra cui economica e/o giudiziaria) a propria tutela nei confronti del dipendente.

CAPO IV

CONGEDO STRAORDINARIO PER IL GENITORE / FIGLIO / FRATELLO / SORELLA CON HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITA'

Art. 18

destinatari del congedo e requisiti del familiare da assistere

1. E' possibile richiedere dei congedi dal lavoro della durata massima di 2 anni, usufruibili anche in maniera frazionata, per assistere una persona con handicap grave. Fra un periodo e l'altro è necessaria l'effettiva ripresa del servizio.
2. La platea dei beneficiari prevede il seguente ordine di priorità:
 - 2.1 il coniuge convivente con il portatore di handicap grave;

- 2.2 in caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti del coniuge convivente, il padre o la madre, anche adottivi;
- 2.3 in caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti del padre o della madre, uno dei figli conviventi;
- 2.4 se anche i figli conviventi sono deceduti, mancanti o con patologie invalidanti, uno dei fratelli o delle sorelle conviventi;
3. L'effettiva convivenza deve risultare da certificazione anagrafica. Il disabile non deve essere ricoverato a tempo pieno salvo che, in tal caso, sia richiesta dai sanitari la presenza del dipendente che presta assistenza.

Art. 19 **istanza**

1. Il dipendente interessato alla fruizione dei benefici, ha l'onere di presentare apposita istanza alla e, per conoscenza alla S.C. "AA.GG., Sviluppo Organizzativo e Risorse Umane".
2. Il dipendente ha l'obbligo di dimostrare la sussistenza dei presupposti di legittimazione attraverso la produzione di idonea documentazione, utilizzando gli appositi modelli allegati al presente regolamento (All. 6). In particolare è tenuto alla presentazione del verbale della Commissione Medica dal quale risulti la situazione di handicap grave, accertata ai sensi e con le modalità previsti dall'art. 4, c. 1, L. n. 104/1992.

Art. 20 **durata, decorrenza e modalità di fruizione del congedo straordinario**

1. La durata massima del congedo è di 2 anni, nell'arco dell'intera vita lavorativa. I periodi di congedo possono essere fruiti in modo frazionato. Se non c'è ripresa di lavoro tra un periodo e l'altro di congedo, il sabato (in caso di settimana corta) e la domenica, compresi tra i 2 periodi, saranno conteggiati come congedo straordinario. Il congedo potrà essere fruito secondo le seguenti indicazioni e limitazioni:
 - nel caso di tutela verso i figli, alternativamente da parte degli aventi diritto (esclusa la contemporaneità);
 - per l'intero periodo dei 2 anni ovvero in modo frazionato;
 - il limite di 2 anni si riferisce a ciascun familiare da assistere e costituisce il limite massimo per tutti gli aventi diritto;
 - durante il periodo di congedo il richiedente non potrà fruire del prolungamento fino a 3 anni del congedo parentale;
 - il beneficio del congedo non potrà essere concesso se la persona da assistere presta attività lavorativa durante il periodo di fruizione del congedo;
2. Si precisa che il congedo straordinario retribuito per assistere i figli disabili, come si è detto, ha la durata di 2 anni complessivamente per ambedue i genitori.
3. Durante il suddetto congedo i beneficiari non potranno svolgere alcun tipo di attività lavorativa, e dovranno, al rientro in servizio, produrre idonea dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante tale circostanza.
4. Il congedo, come già per i permessi di cui all'art. 33, c.3, della legge n. 104/1992, non può essere riconosciuto a più di un lavoratore per l'assistenza alla stessa persona (referente unico). Nel caso, invece, di assistenza a figli con handicap grave, i genitori, anche adottivi, hanno entrambi i predetti diritti, da usufruire alternativamente; negli stessi giorni l'altro genitore non può fruire del prolungamento del congedo parentale o delle 2 ore di riposo

giornaliero retribuito.

5. Il periodo di 2 anni di congedo costituisce il limite massimo individuale e ricomprende anche il limite individuale del congedo per gravi e documentati motivi familiari previsto dall'art. 4, c. 2, L. n. 53/2000.
6. Il congedo deve essere richiesto almeno sessanta giorni prima dell'inizio dello stesso.

Art. 21 variazioni

1. E' obbligatorio che il richiedente comunichi tempestivamente, comunque prima della fruizione del beneficio, le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni dichiarate ed in particolare:
 - il ricovero a tempo pieno della persona in condizione di handicap grave;
 - la revisione del giudizio di gravità della condizione dell'handicap da parte della Commissione Medica e, comunque, la cessazione della validità del riconoscimento dell'handicap grave;
 - le modifiche ai periodi di permesso richiesti (in questo caso dovrà presentare domanda di modifica che annulla e sostituisce quella consegnata in precedenza);
 - morte del disabile.

Art. 22 trattamento economico

1. Durante il/i periodo/i di congedo, il richiedente ha diritto a percepire un'indennità corrispondente all'ultima retribuzione percepita, cioè riferita all'ultimo mese di lavoro che precede il congedo, con riferimento alla voci fisse e continuative del trattamento. Il periodo di congedi è coperto da contribuzione figurativa. L'indennità e la contribuzione figurativa spettano fino ad un importo complessivo massimo di €. 47.351,12 (importo anno 2014) annui per il congedo di durata annuale. L'importo viene rivalutato annualmente sulla base della variazione dell'indice Istat dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati.
2. Il congedo straordinario retribuito per l'assistenza al familiare non produce effetti ai fini della maturazione delle ferie e della tredicesima mensilità.
3. Il congedo straordinario retribuito per l'assistenza al familiare è utile ai fini del trattamento di quiescenza ma non è valutabile né ai fini del trattamento di fine servizio né del trattamento di fine rapporto

Art. 23 lavoro notturno

1. I lavoratori che hanno a proprio carico un soggetto riconosciuto disabile ai sensi della Legge 05.02. 1992, n. 104, non sono obbligati al lavoro notturno. Viene definito "periodo notturno" l'arco di tempo di almeno 7 ore consecutive di impegno, comprendenti l'intervallo tra la mezzanotte e le cinque del mattino (ad esempio i turni dalle 22 alle 6 o dalle 23 alle 7).
2. Rientrano nella dispensa in argomento tutte le tipologie di articolazione dell'orario di lavoro che viene svolto nel periodo notturno come sopra specificato (turni ordinari, servizio di guardia, pronta disponibilità). L'esonero riguarda esclusivamente i turni la cui articolazione oraria si può fare rientrare nella definizione di "periodo notturno", mentre i beneficiari

della dispensa non sono in ogni caso esentati dalla regolare turnazione giornaliera, dai turni di pronta disponibilità che per la loro articolazione oraria non rientrano nella definizione di lavoro notturno e dai turni di pronta disponibilità diurna nelle giornate festive.

Art. 24
trasmissione dati

1. L'Azienda comunica per via telematica al Dipartimento della Funzione Pubblica, entro il 31 marzo di ciascun anno, tutti i dati relativi alla utilizzazione dei permessi di cui al presente Regolamento da parte dei propri dipendenti e ciò, sia al fine del monitoraggio da parte del Dipartimento sulla utilizzazione di detti permessi, sia al fine della verifica sulla legittima fruizione degli stessi. Per completezza, si precisa che i dati da comunicare al Dipartimento della Funzione Pubblica hanno ad oggetto: nominativo, codice fiscale e dati anagrafici del lavoratore fruitore dei permessi; il nominativo, codice fiscale e dati anagrafici del portatore di handicap grave; il rapporto di coniugio, parentela o affinità, con il relativo grado, tra lavoratore ed assistito portatore di handicap con connotazione di gravità; l'indicazione dell'età minore o maggiore di anni 3 del figlio portatore di handicap in situazione di gravità; l'eventuale rapporto di lavoro dipendente da Pubblica Amministrazione del lavoratore portatore di handicap con connotazione di gravità; il numero di giorni (ore) di permesso utilizzati da ciascun dipendente in ciascun mese dell'anno di rilevazione.

Art. 25
norme finali

1. Per quanto non indicato nel presente Regolamento, si fa riferimento a tutte le norme legislative e regolamentari, nonché alle circolari e direttive in tema di fruizione di permessi ex lege n. 104/1992, nel tempo vigenti.
2. L'abuso dei benefici concessi in applicazione della L. n. 104/1992 e delle disposizioni del presente Regolamento, sono suscettibili di rilevanza disciplinare, penale ed erariale. L'Azienda, nel rispetto della tutela dei diritti dei lavoratori, è legittimata ad effettuare tutte le verifiche ed i controlli ritenuti adeguati a far rilevare eventuali abusi del diritto a fruire dei benefici di cui al presente Regolamento ed alla normativa vigente in materia, sia con personale ed organi interni all'Azienda stessa che istituzioni, istituti o organizzazioni esterne qualificate.

