*REGIONE SICILIAN*A

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO

##### DIPARTIMENTO RISORSE UMANE,

##### SVILUPPO ORGANIZZATIVO E AFFARI GENERALI

###### ATTESTAZIONI

## Determina n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La presente determina è stata affissa all’Albo dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Giusta nota n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si attesta che contro la presente determina non è pervenuto alcun reclamo

Si attesta che contro la presente determina è pervenuto reclamo da:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Palermo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL Responsabile dell’Ufficio Delibere

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Annotazioni: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Regione Siciliana

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

PALERMO

##### -------

##### DETERMINA DEL DIRETTORE

##### DIPARTIMENTO RISORSE UMANE,

##### SVILUPPO ORGANIZZATIVO E AFFARI GENERALI

, DETERMINA N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OGGETTO: Dipendente Sig. ra **-----------------------------------** **(matr. -----------------**). Permesso retribuito ai sensi dell’art. 33 della Legge 104/92 modificato con legge n. 183/2010. Personale con contratto di Diritto Privato – Quinquennale.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| QUADRO ECONOMICO PATRIMONIALE  B U D G E T  **Bilancio 2011**  N° Centro di costo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  N° Conto Economico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ordine n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Budget assegnato (Euro) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Budget già utilizzato (Euro) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Budget presente atto (Euro) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Disponibilità residua  di budget (Euro) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  x Non comporta ordine di spesa  Il Responsabile dell’Ufficio annotazione spese  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  P.O. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Schema n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO  *-*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Il Dirigente Amministrativo  RESPONSABILE DELL’ U.O. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  IL DIRETTORE MEDICO  Responsabile delle Funzioni Igienico Organizzativo del P.O.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  DIPARTIMENTO GESTIONE RISORSE UMANE, SVILUPPO ORGANIZZATIVO E AFFARI GENERALI  UNITA’ OPERATIVA COMPLESSA  Proposta n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Il Responsabile del Procedimento  (Rag. Giuseppe Mannino)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Il Responsabile dell’U.O. Stato Matricolare  (D.ssa Maria Teresa Badalà)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | **DIPARTIMENTO**  **RISORSE ECONOMICO-FINANZIARIE E PATRIMONIALE**  ANNOTAZIONE CONTABILE - BILANCIO  **Esercizio 2011**  Prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  N° Conto economico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  N° Conto Patrimoniale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Importo (Euro) \_\_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Prima nota contabile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Il Direttore del Servizio Bilancio e Finanze  *(Dott. Antonio Guzzardi)*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Il Direttore Dipartimento  Risorse Economico - Finanziarie e Patrimoniale  *(Dott. Vincenzo Siragusa)*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (\*) nel caso di più centri di costo, alla presente si devono allegare le schede di rilevazione dati di contabilità generale e analitica |

**Il Direttore dell’U.O.C. Dr. Giuseppe Andaloro**

Vista l’istanza del ----------------------, assunta al nostro protocollo n. -------------------- del -----------------, con la quale la Sig. ra ------------------------------- matr. --------------- dipendente di questa Azienda con la posizione funzionale di “------------------”, in servizio presso ------------------------------------------, con la quale chiede di poter usufruire dei benefici di cui all’art. 33 della legge n. 104/92, modificata dagli artt. 19 e 20 della Legge 53 del 08/03/2000 e dall’art. 24 della Legge n. 183/2010, per assistere il proprio familiare (-----------) Sig. ra --------------, nata a ------------- (PA) il ------------------ già riconosciuto portatore di handicap grave**, a tempo determinato, fino al –(se prevista scadenza)--------------,** dalla Competente Commissione Medica**;**

Rilevato che la minorazione della stessa assume connotazione di gravità, ai sensi dell’art. 3, comma 3° della già citata legge n. 104/92, come da verbale di Visita Collegiale svolto dalla Commissione Medica per l’accertamento delle Invalidità Civili (integrata ex art. 4 Legge 104/92) di questa Azienda, nella seduta del 18/02/2008, acquisito agli atti d’ Ufficio;

Viste:

* la Legge quadro 104/92 per l’assistenza, l’integrazione sociale ed i diritti delle persone handicappate, modificata dalla legge n. 53 del 08/03/2000 art, 19 e 20, la quale prevede che il lavoratore che assiste con continuità ed in via esclusiva un parente o affine entro il terzo grado con, ha diritto a tre giorni di permesso mensile, fruibili anche in maniera continuativa, a condizioni che la persona con handicap, in situazione di gravità, non sia ricoverata a tempo pieno;
* L’art. 24 della legge n. 183/2010 con il quale è stato modificato l’art. 33 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, nel senso che hanno diritto a fruire dei permessi retribuiti:
  + Genitori, i coniugi, i parenti e affini **del secondo grado** di parentela;
  + parenti e affini **di terzo grado** possono fruire dei permessi lavorativi solo ad una delle seguenti condizioni:

**a) quando i genitori o il coniuge della persona con handicap siano deceduti o mancanti;**

**b) quando i genitori o il coniuge della persona con handicap abbiano compiuto i 65 anni oppure siano affetti da patologie invalidanti;**

* l’art. 31 del C.C.N.L. Integrativo Comparto Sanità 20/09/2001 che prevede fra l’altro, al comma 6, che al personale assunto a tempo determinato si applica il trattamento economico e normativo previsto dal contratto per il personale assunto a tempo indeterminato, con le opportune precisazioni;
* l’art. 21 comma 6 del C.C.N. L del Comparto Sanità, dal quale risulta che i permessi mensili di tre giorni, di cui all’art. 33 comma 3° Legge 104/92 non sono computati ai fini del raggiungimento del limite massimo dei precedenti commi, ove spettanti, e non riducono le ferie;
* la circolare del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 06/06/2004 Prot. n. 15/1001920, avente per oggetto: *“Influenza dei permessi ex art. 33 della legge n. 104/92 sulla 13^ mensilità e sulle ferie spettanti*”;
* la Circolare INPDAP 10 luglio 2000 n. 34 punto 5.1 dalla quale si evince che i permessi possono essere fruiti anche in forma frazionata ad ore purchè non superino complessivamente le 18 ore mensili;
* la Circolare n. 13/2010 del Dipartimento della funzione Pubblica avente per oggetto “modifiche alla disciplina in materia di permessi per l’assistenza alle persone con disabilità – banca dati informatica presso il Dipartimento della funzione pubblica – legge 4 novembre 2010, n. 183, art. 24;

**Preso atto dalla documentazione allegata, dove risulta che i genitori del disabile Sig. hanno superato il 65° anno di età, e pertanto, tra i beneficiari dei permessi retribuiti subentrano anche i parenti ed affini di terzo grado di parentela – ( detto periodo è da inserire SOLO se il disabile da assistere è di 3° grado di parentela, ed in presenza dei requisiti richiesti per legge)**

Vista la nota prot. n --------------- del ------------, con la quale si chiede al Comandante dei Vigili Urbani del Comune di residenza del portatore di handicap, apposita relazione dalla quale risulti che il soggetto portatore di handicap non e’ ricoverato permanentemente presso strutture assistenziali a tempo pieno, che la Sig. ra -------------- **è l’unico familiare dalla stessa prescelto;**

Ritenuto, pertanto, di potere autorizzare la dipendente di che trattasi, a fruire di tre giorni di permesso mensili retribuito, con la precisazione che in presenza di relazione negativa, da parte del Corpo dei Vigili Urbani, i permessi già fruiti saranno convertiti d’Ufficio in congedo ordinario, con la conseguente revoca del presente provvedimento;

Dato atto della conformità della presente proposta alla normativa vigente che disciplina la materia trattata;

Per le causali di cui in premessa

**P R O P O N E**

di:

1. accogliere l’istanza del -----------------, assunta al nostro protocollo n. ----------del -------------, con la quale la Sig. ra -------------------------------- matr. ------------------ dipendente di questa Azienda con la posizione funzionale di “---------------------”, in servizio presso IL ------------------------------------------------, con la quale chiede di poter usufruire dei benefici di cui all’art. 33 della legge n. 104/92, modificata dagli artt. 19 e 20 della Legge 53 del 08/03/2000 **e dalla legge n. 183/2010**, per assistere il proprio familiare (-----------------------------) Sig. ra ------------------------------------------------------, nata a ------------------------ (PA) il ----------------------------- già riconosciuto portatore di handicap grave**, a tempo determinato, fino al ---------------------------------,** dalla Competente Commissione Medica,
2. conseguentemente, **fino alla data del 30/12/2014, data di coincidenza della scadenza del contratto di lavoro quinquennale con questa Azienda,** la Sig.ra ----------------------------------------------------- (nata -------------------------- – matr. -----------------------------), dipendente di questa Azienda con la posizione funzionale di “------------------------”, in servizio presso il ---------------------------------------, ad usufruire dei benefici di cui all’art. 33 della legge n. 104/92, modificata dagli artt. 19 e 20 della Legge 53 del 08/03/2000 **e dalla legge n. 183/2010**;
3. precisare che in presenza di relazione negativa, da parte del Corpo dei Vigili Urbani, i permessi già fruiti saranno convertiti d’Ufficio in congedo ordinario, con conseguente decadenza del presente provvedimento;
4. **precisare, altresì, che alla data di scadenza annuale dalla notifica della presente autorizzazione, la dipendente di che trattai, dovrà confermare, con apposita dichiarazione di responsabilità, i requisiti che hanno dato luogo alla fruizione dei benefici in essere, pena decadenza automatica senza alcuno preavviso dello stesso e recupero dei giorni fruiti di legge 104/92 per il periodo di eventuale mancato rinnovo;**
5. precisare, inoltre, che i suddetti periodi di assenza, non sono computati, ai fini del raggiungimento del limite fissato dagli altri commi contenuti nell’art. 21 del C.N.N.L. 94/97 – del Comparto Sanità, ove spettanti, non riducono le ferie, e compete l’intero trattamento economico, comprensivo della intera tredicesima mensilità**.**
6. notificare le determinazioni di cui al presente atto all’interessato ed al Dirigente Responsabile della Struttura di appartenenza;
7. trasmettere copia del presente provvedimento al Collegio Sindacale ed al Direttore Generale.

**IL DIRETTORE DELL’U.O.C.**

**(Dr. Giuseppe Andaloro)**

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**Il Direttore del Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo Organizzativo e Affari Generali**

Sulla base di quanto disposto con deliberazione n° 2320 del 08/08/2005 del Direttore Generale;

Vista la proposta di determina che precede, ed il cui dispositivo s’intende qui di seguito trascritto;

**D E T E R M I N A**

**di approvare la superiore proposta.**

**IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO**

(Dr:. Gaetano La Corte)

***-***

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

R E G I O N E S I C I L I A N A

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO

-----

##### DETERMINA DEL DIRETTORE

##### DIPARTIMENTO RISORSE UMANE,

##### SVILUPPO ORGANIZZATIVO E AFFARI GENERALI

DETERMINA N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OGGETTO:Dipendente: Sig. ra **---------------------------------------------------------** **(matr -----------------**). Permesso retribuito ai sensi dell’art. 33 della Legge 104/92 modificato dalla legge 183/2010.

**====================================================================**

# A T T I A L L E G A T I

**====================================================================**

* copia della istanza del --------------------------,
* copia nota prot. n. ---------------------- del -----------------------, richiesta ai Vigili;
* autocertificazione del disabile;
* autocertificazione del dipendente;
* copia conforme all’originale del Verbale L. 104/92;
* Scheda Rilevazione legge 104 – Anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_
* copia documento della dipendente
* copia documento d’identità del disabile.

**IL DIRETTORE DELL’U.O.C.**

***(Dr. Giuseppe Andaloro)***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***