*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 Siciliane

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

PALERMO

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

##### DETERMINA DEL DIRETTORE DEL

##### DIPARTIMENTO RISORSE UMANE

##### SVILUPPO ORGANIZZATIVO E AFFARI GENERALI

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

OGGETTO: Dipendente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(matr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).** Permesso retribuito ai sensi dell’art. 33 della Legge 104/92 modificato dalla legge n. 183/2010. – Personale con contratto di Diritto Privato Quinquennale – per se’ stesso.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □ Non comporta ordine di spesa  P.O. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Schema n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Il Dirigente Amministrativo Responsabile del  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Il Direttore Medico  Responsabile delle Funzioni Igienico Organizzative del P.O.  Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ================================================  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.  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 U.O.C. Bilancio e Programmazione  *(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 ns. prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con la quale il Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dipendente di questa Azienda con la posizione funzionale di “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”, in servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con la quale **chiede** di poter usufruire in via definitiva i 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 se stesso,** già riconosciuto portatore di handicap grave**, a tempo determinato fino al \_\_\_\_\_\_(se a 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), nella seduta del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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, e dalla legge n. 183/2010, 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 94/97 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;

Ritenuto, pertanto, di potere autorizzare il dipendente di che trattasi, a fruire di due ore di permesso giornaliero per ogni effettiva giornata lavorativa svolta; o, in alternativa, di tre giorni di permesso retribuito

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 ns. prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con la quale il Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dipendente di questa Azienda con la posizione funzionale di “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”, in servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con la quale  **chiede** di poter usufruire i 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 se stesso,** già riconosciuto portatore di handicap grave**, a tempo determinato fino al \_(se a scadenza)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** dalla Competente Commissione Medica**;**
2. conseguentemente, **autorizzare fino alla data del 30/12/2014, data di coincidenza alla scadenza contratto di lavoro quinquennale con questa Azienda,** il dipendente di questa Azienda Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con la posizione funzionale di “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”, in servizio presso, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ad usufruire di due ore giornaliero di permesso retribuito, per ogni effettiva giornata lavorativa svolta, o alternativa, di tre giorni di permesso retribuito, 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, altresì, che alla data di scadenza annuale della notifica della presente autorizzazione, il 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;**
4. precisare, infine, 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 – , ove spettanti, non riducono le ferie, e compete l’intero trattamento economico, comprensivo della intera tredicesima mensilità**;**
5. notificare le determinazioni di cui al presente atto al Responsabile della struttura di appartenenza del la dipendente, e all’ interessato;
6. trasmettere copia del presente provvedimento al Collegio Sindacale, 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

P A L E R M O

##### DETERMINA DEL DIRETTORE DEL

##### DIPARTIMENTO RISORSE UMANE,

##### SVILUPPO ORGANIZZATIVO E AFFARI GENERALI

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

OGGETTO:Dipendente: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (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 – per se’ stesso.

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

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

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

* copia della domanda prot. n. n\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
* fotocopia conforme all’originale del Verbale L. 104/92
* Scheda Rilevazione legge 104 – Anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* fotocopia documento del dipendente.

Il DIRETTORE DELL’U.O.C.

(Dr. Giuseppe Andaloro)

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