

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

Determinazione n.ro	Data di Adozione
0011656	12/10/2020

Struttura Aziendale	Centro di Costo
Stab. Osp. Triggiano - Direzione Amministrativa	131020202

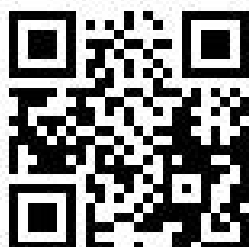
OGGETTO:

P.O. Di Venere : dip. Z.S. matr. 5013940 Cumulabilità permessi mensili ai sensi del comma 3 – art.33 – L.104/92 e ss.mm.ii.

RUOLO	NOME E COGNOME	FIRMA
Estensore	Caricola Claudio Livio	08/10/2020 09:39
Responsabile del Procedimento ai sensi della L. 241/1990	Luongo Francesco	08/10/2020 09:46
Direttore/Responsabile di Struttura	Luongo Francesco	08/10/2020 09:46

Con la sottoscrizione in calce al presente provvedimento, i firmatari di cui sopra, ciascuno in relazione al proprio ruolo come indicato e per quanto di rispettiva competenza, attestano che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della normativa regionale e nazionale applicabile e che il provvedimento predisposto è conforme alle risultanze istruttorie agli atti d'ufficio.

I medesimi soggetti dichiarano, inoltre, di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, Legge 241/90 e art. 1, comma 9, lettera e), Legge 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, dal vigente PTPCT – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, D. L.gs. 165/2001.



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente è conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.

**IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA OPERATIVA
DIREZIONE AMMINISTRATIVA
“AREA OSPEDALIERA BARI-SUD”**

PREMESSO

- che il dipendente Sig. Z.S. matricola 5013940 – dipendente a Tempo Indeterminato e Pieno della ASL BA, in servizio presso lo S.O. “Di Venere”, fruisce dei benefici di cui all’art. 33-comma 3 della Legge 104/92 per assistere la madre M.S. come da nota n. 178365 del 12.10.2010 del P.O. Monopoli .

CHE

- con istanza del 05.10.2020 il dipendente su citato ha presentato istanza di cumulabilità dei permessi di cui alla Legge 104/92 così come modificato dall’art. 24 comma 1 lettera A) e comma 2 lettera B) della Legge 4.11.2010 n. 183 e della Circolare n. 13/2010 del Dipartimento della Funzione Pubblica, per l’assistenza la moglie Sig.ra P.V. riconosciuta Portatrice di Handicap in situazione di gravità .

VISTO

- il Verbale di Visita Medico-Collegiale del 25.11.2019 della Commissione Medica per l’accertamento dell’Handicap della ASL di BARI , agli atti di questo ufficio, da cui risulta che la Sig.ra P.V. è stata riconosciuta Portatrice di Handicap in situazione di gravità (art. 3, comma 3) **non rivedibile** .

RILEVATO

- che nell’istanza il/la dipendente, ai sensi di legge, ha dichiarato:
 - il portatore di handicap grave è in vita;
 - il portatore di handicap grave non è ricoverato a tempo pieno presso Struttura Pubblica o Privata che assicura assistenza sanitaria;
 - nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso portatore di Handicap grave;
 - di essere referente unico quale punto di riferimento di tutta l’attività di assistenza al portatore di handicap grave;
 - è consapevole che tutte le agevolazioni sono uno strumento di assistenza al portatore di handicap grave che comportano la conferma dell’impegno- morale oltre che giuridico- a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
 - è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l’Azienda e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano per la tutela dei portatori di handicap grave, esclusivamente per un solo beneficiario.

VISTI

- la Legge 5 febbraio 1992 n. 104;
- il D.Lgs. 26 marzo 2001 n. 151;
- la Legge 4 novembre 2010 n. 183;
- la Circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 13 del 6 dicembre 2010;
- il D.Lgs. 18 luglio 2011 n. 119;

- la Circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1 del 3 febbraio 2012;
- la Legge 114/2014 .

VERIFICATA

- la sussistenza dei requisiti per il riconoscimento del diritto alla fruizione dei benefici richiesti .

D E T E R M I N A

Per i motivi espressi in narrativa e che qui di seguito si intendono integralmente riportati:

DI RICONOSCERE

- al dipendente Sig.ra Z.S. matricola 5013940 –in servizio presso lo S.O. “Di Venere” di Bari-Carbonara, con rapporto di lavoro a Tempo Indeterminato e Pieno, la Cumulabilità dei di 3 (tre) giorni di permesso mensile fruibile anche in maniera continuativa, ai sensi dell’art. 33 comma 3, della Legge n. 104 del 5 febbraio 1992 e ss.mm.ii, per l’assistenza della moglie Sig.ra P.V. riconosciuta Portatrice di Handicap in situazione di gravità .

DI STABILIRE

- che i benefici dei permessi richiesti verranno riconfermati ogni anno solo dopo che il dipendente (entro il 15 Gennaio di ogni anno) avrà presentato una apposita autocertificazione alla Direzione Amministrativa di appartenenza, attestante l’esistenza in vita del portatore dell’handicap, che nulla è variato rispetto alle condizioni previste per la legittima fruizione dei permessi ex Legge 104/92 così come modificata dalla Legge 181/10 .

DI PRECISARE

- che il predetto dipendente è obbligato a comunicare eventuali variazioni che possano modificare il diritto riconosciuto con il presente atto .

DI NOTIFICARE

- copia del presente provvedimento all’ Area Gestione Risorse Umane- Settore Giuridico, nonché all’interessato, ai Direttori/Dirigenti Medici Responsabili della Struttura e dell’ Unità Operativa presso cui presta servizio il dipendente, all’ Ufficio Rilevazioni Presenze del S.O. “Di Venere” .

PROFILI CONTABILI

- NON rilevante
 RILEVANTE, a valere su:
 CONTIENE liquidazione
 NON Contiene Liquidazione

ONERI DI PUBBLICAZIONE OBBLIGATORIA EX D. LGS. 33/2013:

- NON soggetta ad oneri di pubblicazione obbligatoria
 SOGGETTA ad oneri di pubblicazione obbligatoria nella sezione Amministrazione Trasparente:

DESTINATARI NOTIFICA/TRASMISSIONE

Centro di Costo	Struttura Aziendale
131020101	Stab. Osp. Di Venere - Direzione Sanitaria
1120101	Area Gestione Risorse Umane
131020109	Stab. Osp. Di Venere - Serv. Immunotrasfusionale

**IL PRESENTE PROVVEDIMENTO E' COMPOSTO DA 4 (quattro) PAGINE
DI 0 (zero) ALLEGATI SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 0 (zero) PAGINE
DI 0 (zero) ALLEGATI NON SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 0 (zero) PAGINE**

ATTESTAZIONE DI AVVENUTA PUBBLICAZIONE

Si attesta che il presente provvedimento viene pubblicato all'albo pretorio *on-line* della ASL BA, ai sensi dell'art. 31, c. 1, l. 69/2009, per la durata di 30 giorni naturali, decorrenti dal **12/10/2020**

Staff Direzione Amministrativa aziendale
Ufficio Affari Generali
Il Dirigente Amministrativo