

## DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

Determinazione n.ro	Data di Adozione
0011746	13/10/2020

Struttura Aziendale	Centro di Costo
DSS 14 - Uffici di staff e amministrativi - Costi comuni	141140199

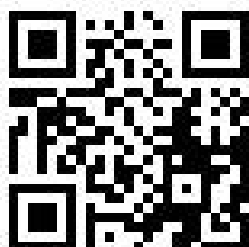
**OGGETTO:**

DISTRETTO N° 14 – Dipendente Sig.ra P.P.- matricola n. 4040659 – Autorizzazione ai permessi retribuiti per assistenza alle persone con disabilità grave previsti dal comma 3 art. 33 Legge 104/92 e successive modificazioni ed integrazioni.

RUOLO	NOME E COGNOME	FIRMA
Estensore	Massafra Danilo	05/10/2020 13:12
Responsabile del Procedimento ai sensi della L. 241/1990	Massafra Danilo	05/10/2020 13:12
Dirigente SPTA	Forcella Roberto	07/10/2020 10:40
Direttore/Responsabile di Struttura	Gigantelli Vincenzo	12/10/2020 09:36

*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.

**Viste:**

- la deliberazione del Direttore Generale n. 2798 del 30.12.2009;
- la deliberazione del Direttore Generale n. 504 del 20/04/2020 con la quale la Direzione Strategica ha adottato il nuovo regolamento per la predisposizione delle Determinazioni Dirigenziali sull'Albo Pretorio Aziendale;

Sulla base di conforme istruttoria della Struttura Operativa/D.S.S. n. 14

**IL DIRIGENTE DELLA STRUTTURA OPERATIVA**  
Dott. Vincenzo Gigantelli

Ha adottato la seguente determinazione:

**Visti:**

l'istanza del 02 ottobre 2020, acclarata dal prot. n. 141414/E di pari data, presentata con modello "C" dalla Sig.ra P.P. dipendente a tempo indeterminato presso il DSS14, intesa ad ottenere il beneficio di numero tre giorni di permesso retribuito mensile di cui al comma 3 dell'art. 33 della Legge 104/92, così come modificato dagli artt. 19 e 20 della Legge n. 53/2000, per prestare assistenza al proprio genitore;

il verbale sanitario relativo alla visita medica effettuata dalla Sig.ra R.S., rilasciato dalla Commissione Medica per l'accertamento dell'handicap di Putignano, numero domanda 3930838609529 del 17/12/2019, definita nella seduta del 09/01/2020 con il riconoscimento di invalido portatore di handicap in situazione di gravità (art. 3, comma 3 L. 104/92), rivedibile a dicembre 2020, agli atti dell'Ufficio;

il modello "C" allegato al Regolamento Aziendale, approvato con delibera del Direttore Generale n. 885 del 03/06/2015, successivamente modificato in data 13/06/2016 n. 1102, con il quale la dipendente Sig.ra P.P. ha presentato l'istanza, per l'autorizzazione ai permessi mensili retribuiti, resa ai sensi degli artt. 46 e 47 e art. 76 del D.P.R. 445/00, con la quale fra l'altro la dipendente ha dichiarato:

- che il portatore di handicap è in vita;
- che il portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno presso Struttura Pubblica o Privata che assicurano assistenza sanitaria, ad eccezione dei casi indicati al punto 5 della Circolare del Ministro della Funzione Pubblica n. 13/2010;
- che nessun altro familiare del disabile fruisce dei benefici della Legge n. 104/92 (unica eccezione per i genitori che assistono i figli, anche adottivi, i quali possono fruirne alternativamente);
- di essere il Referente Unico, quale punto di riferimento di tutta l'attività di assistenza al portatore di handicap grave;
- di essere consapevole che 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;
- di essere consapevole che la possibilità di usufruire 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;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni;

la dichiarazione sostitutiva di certificazione resa, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre n. 445/2000, dal portatore di handicap grave R.S., con la quale dichiara:

- di essere in condizione di "handicap grave";
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di non essere impegnato in attività lavorative;
- di aver prescelto il familiare Sig.ra. P.P. per l'assistenza in qualità di "Referente Unico";

**visto** l'art. 3 comma 3 e l'art. 33 della Legge 104/92;

**viste** le modifiche alla disciplina in materia di permessi per l'assistenza a portatori di handicap in situazione di gravità introdotte dall'art. 24 della legge 4 novembre 2010, n. 183;

**visto** il Regolamento Aziendale approvato con Deliberazione Generale numero 885 del 03/06/2015;

**vista** la modifica apportata al Regolamento Aziendale con Deliberazione del Direttore Generale n. 1102 del 13/06/2016;

**dato atto** che vi sono le condizioni per concedere alla dipendente in questione le agevolazioni di cui alla citata Legge 104/92;

**ritenuto** di dover accogliere la richiesta presentata dalla dipendente Sig.ra P.P. della facoltà di avvalersi della fruizione di n. 3 giorni di permesso retribuito mensile, così come previsto dall'art. 3, comma 3 e dall'art. 33 della Legge 104/92, facendo salvi i successivi accertamenti d'Ufficio intesi ad accertare la rispondenza di quanto autocertificato;

## **DETERMINA**

per i motivi indicati in narrativa e che qui si intendono integralmente riportati:

**di concedere** alla dipendente Sig.ra P.P. (matricola n. 4040659) ai sensi dell'art. 3, comma 3 e art. 33 della Legge 104/92 e successive modificazioni ed integrazioni, la facoltà di fruire di n. 3 giorni di permesso retribuito mensile non cumulabili, fatto salvo la sopraggiunta insussistenza dei requisiti soggettivi previsti dalla legge;

**di demandare** all'interessata l'obbligo di comunicare tempestivamente ogni e qualsiasi variazione delle condizioni che hanno determinato l'emanazione della presente determinazione;

**di dare atto** che per la relativa concessione dei permessi retribuiti mensili, il Dipendente all'inizio di ogni anno dovrà presentare apposita domanda scritta (utilizzando esclusivamente la modulistica messa a disposizione dall'Azienda mod. "D" per chi assiste il portatore di handicap e mod. "E" per chi è portatore di handicap) alla Direzione Amministrativa di appartenenza;

**di demandare** al Dirigente Responsabile della Struttura Operativa di competenza la puntuale applicazione delle disposizioni dettate dalla Direzione Strategica in ordine alla fruizione del diritto in oggetto;

**di notificare** copia del presente provvedimento al Dipendente, al Dirigente Responsabile dell'Unità Operativa presso cui presta servizio la Dipendente nonché all'Ufficio Trattamento Economico di Conversano e all'Ufficio Rivelazioni Presenze del Dss14 per i dovuti controlli del caso.

**di dichiarare** la presente Determinazione Dirigenziale immediatamente esecutiva.

**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
1120101	Area Gestione Risorse Umane

**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 **13/10/2020**

Staff Direzione Amministrativa aziendale  
Ufficio Affari Generali  
*Il Dirigente Amministrativo*