

## DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Determinazione n.ro | Data di Adozione |
| 0012760             | 03/11/2020       |

|  |                 |
|--|-----------------|
| Struttura Aziendale                            | Centro di Costo |
| Stab. Osp. Altamura - Direzione Amministrativa | 131030102       |

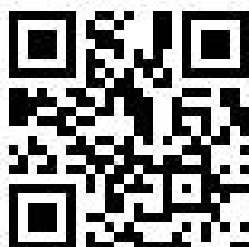
### OGGETTO:

Area Ospedaliera Bari Nord-P.O. della Murgia-.Dipendente dott. M.A. matricola 3023453.Autorizzazione ai permessi mensili 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  | De Rosa Maria     | 02/11/2020 10:13 |
| Responsabile del Procedimento ai sensi della L. 241/1990 | De Rosa Maria     | 02/11/2020 10:13 |
| Direttore/Responsabile di Struttura                      | Popolizio Rachele | 03/11/2020 11:02 |

*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.

**II DIRETTORE U. O. C.  
DIREZIONE AMMINISTRATIVA  
“AREA OSPEDALIERA BARI NORD”**

**Viste**

la deliberazione del Direttore Generale n.2798 del 30/12/2009;  
la deliberazione del Direttore Generale n.504 del 29/04/2020;

**Visti:**

l'istanza prot. n.62245 del 29/10/2020 presentata con modello “A” dal dott. M. A. matricola 3023453, dipendente a tempo indeterminato presso codesta ASL BA, intesa ad ottenere il beneficio di numero 3 giorni di permesso retribuito mensile di cui al comma 3 art.33 della Legge 104/92, così come modificato dagli artt. 19 e 20 della Legge n.53/2000, per assistenza alla propria cognata (parente o affine entro il II grado, art. 24 Legge 183/2010);

il verbale sanitario, relativo alla visita medica effettuata dalla sig.ra T. A. rilasciato dalla Commissione Medica per l'accertamento dell'handicap di Bari numero domanda 6014802600454 definita nella seduta del 12/04/2019 con il riconoscimento di invalido portatore di handicap in situazione di gravità (comma 3, art.3 ) allegato alla domanda in fotocopia autocertificata, agli atti dell'Ufficio;

il modello “A” allegato al Regolamento Aziendale, approvato con delibera del Direttore Generale n. 0885 del 03.06.2015, successivamente modificato in data 13.06.2016 n. 1102, con il quale il dipendente dott. M. A. 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, con la quale fra l'altro il dipendente ha dichiarato:

- che il portatore di handicap è in vita;
- che il portatore di handicap grave non è ricoverata 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 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;
- 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 responsabilità resa, ai sensi del D.P.R.28 dicembre n.445/2000, dal portatore di handicap grave sig.ra T. A. con la quale dichiara:

- di essere in condizione di “ handicap grave”;
- di non essere ricoverata a tempo pieno;
- di non essere impegnata in attività lavorative;
- di aver prescelto il familiare dott. M. A. per l'assistenza, in qualità di “Referente Unico”;

**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 del Direttore Generale numero 0885 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 cui alla dipendente in questione possono essere concesse le agevolazioni di cui alla citata Legge 104/92;

**ritenuto** di dover accogliere la richiesta presentata dal dipendente dott. M. A. della facoltà di avvalersi della fruizione di n. 3 giorni di permessi retribuiti mensili, così come previsto dall'art.33, comma 3 della Legge 104/92, facendo salvi i successivi accertamenti d'Ufficio intesi ad accertare la rispondenza di quanto autocertificato;

## **DETERMINA**

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

**di concedere** al dipendente dott. M. A. ai sensi dell'art.33 comma 3 della Legge 104/92 e successive modificazioni ed integrazioni, la facoltà di fruire di n.3 giorni di permessi retribuiti mensili 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 l'interessato dovrà preventivamente concordare i tempi e i modi di fruizione dei permessi con il proprio Dirigente, cui è riservata la concessione dei benefici, dandone tempestiva ed anticipata comunicazione all'Ufficio Rilevazioni Presenze di questo Ospedale;

**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 trasmettere** copia del presente provvedimento in uno con tutta la documentazione a supporto al Direttore dell'Area Gestione Risorse Umane.

## 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

**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 **03/11/2020**

Staff Direzione Amministrativa aziendale  
Ufficio Affari Generali  
*L'Addetto alla Pubblicazione*  
sig. Domenico Roveto