

## DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

Determinazione n.ro	Data di Adozione
0012847	05/11/2020

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

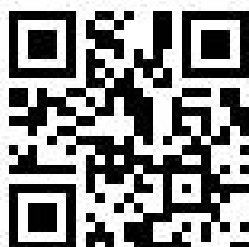
### OGGETTO:

Area Ospedaliera Bari Nord-P.O. della Murgia-.Dipendente G.G. matricola 4045142.Autorizzazione ai permessi mensili retribuiti per assistenza alle persone con disabilità grave previsti dal comma 3 art.33 e successive modificazioni ed integrazioni.

RUOLO	NOME E COGNOME	FIRMA
Estensore	De Rosa Maria	04/11/2020 08:57
Responsabile del Procedimento ai sensi della L. 241/1990	De Rosa Maria	04/11/2020 08:57
Direttore/Responsabile di Struttura	Popolizio Rachele	04/11/2020 16:27

*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.63244 del 03/11/2020 presentata con modello “C” dal dipendente G. G. matricola 4045142, 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 proprio padre (parente o affine entro il II grado, art. 24 Legge 183/2010);

il verbale sanitario, relativo alla visita medica effettuata dal sig. G.L. rilasciato dalla Commissione Medica per l’accertamento dell’handicap di Altamura numero domanda 3930727909668 definita nella seduta del 02/02/2017 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 “C” 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 sig. G. G 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 la 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 consegua 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. G.L. 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. G.G. per l’assistenza, in qualità di “Referente Unico”;
-

**visto** l'art. 33 comma 3 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 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 al dipendente in questione possono essere concesse le agevolazioni di cui alla citata Legge 104/92;

**ritenuto** di dover accogliere la richiesta presentata dal dipendente sig. G. G. 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 sig. G. G. 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**

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 **05/11/2020**

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