

## DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

Determinazione n.ro	Data di Adozione
0013608	26/11/2020

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

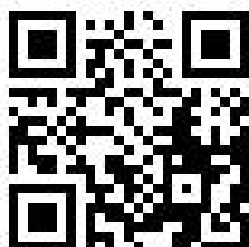
### OGGETTO:

Area Ospedaliera Bari Nord-P.O. della Murgia-Dipendente D.A.matricola 3026985.Revoca permessi mensili retribuiti Legge 104/92.

RUOLO	NOME E COGNOME	FIRMA
Estensore	De Rosa Maria	20/11/2020 13:52
Responsabile del Procedimento ai sensi della L. 241/1990	De Rosa Maria	20/11/2020 13:52
Direttore/Responsabile di Struttura	Popolizio Rachele	23/11/2020 15:08

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

**Viste**

la deliberazione del Direttore Generale n.2978 del 30/12/2009;  
la deliberazione del Direttore generale n. 504 del 29/04/2020;

**Vista** l'istanza prot.66940 del 17/11/2020 della Direzione Amministrativa P.O. Murgia , con la quale la sig.ra D. A matricola 3026985 , dipendente a tempo indeterminato presso questa ASL BA, comunica che dall'11/11/2020 non usufruirà più dei benefici previsti dal comma 3 art.33 della Legge 104/92 e ss. mm ii., in quanto il proprio familiare (madre) portatrice di handicap grave è deceduta.

**Visto** il certificato di morte rilasciato dal Comune di Potenza in data 11/11/2020 relativo all'assistito sig.ra S.M.,dichiarata portatrice di handicap grave dalla Commissione Medica Invalidi Civili di Potenza.

**Preso atto** che vi sono le condizioni per cui alla dipendente in questione a seguito del decesso dell'assistita sig.ra S.M. (art.24 Legge 183/2010), sono venuti meno i presupposti che legittimano la concessione dei benefici previsti dal comma 3, art. 33 della Legge 104/92 e ss. mm. ii.

**Ritenuto** di dover accogliere la richiesta di sospensione dei benefici della Legge 104/92, presentata dalla dipendente sig.ra D. A. relativa ai permessi retribuiti mensili a partire dal 11/11/2020 , data del decesso del proprio familiare ( madre) portatrice di handicap grave.

**Di dare atto** che la presente determinazione non comporta alcun onere a carico del Bilancio Aziendale.

**DETERMINA**

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

**di** revocare, a seguito di istanza prodotta dalla dipendente sig.ra D. A. matricola 3026985, in servizio presso questa ASL BA , l'autorizzazione per la concessione dei permessi retribuiti ai sensi dell'art. 33 comma 3 della Legge 104/92 e successive modificazioni ed integrazioni;

**di dare** atto che la presente determinazione non comporta alcuna spesa per il Bilancio dell'Azienda.

**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 3 (tre) 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 **26/11/2020**

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