

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

Determinazione n.ro	Data di Adozione
0009758	31/08/2021

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

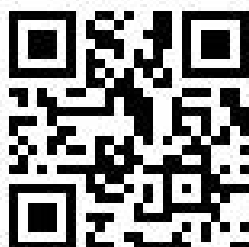
OGGETTO:

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

RUOLO	NOME E COGNOME	FIRMA
Estensore	De Rosa Maria	19/08/2021 10:19
Responsabile del Procedimento ai sensi della L. 241/1990	De Rosa Maria	19/08/2021 10:19
Direttore/Responsabile di Struttura	Popolizio Rachele	31/08/2021 08:07

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, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, vigente codice di comportamento aziendale (DDG n. 132/2019) e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, alla Parte II, par. 1, lett. c) del 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 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 . 51738 del 06/08/2021 della Direzione Amministrativa P.O. Murgia , con la quale la sig.ra P. D., come identificata nell'allegato File Privacy non soggetto a pubblicazione ,dipendente a tempo indeterminato presso l'Ospedale della Murgia, comunica che dal 12/07/2021 non usufruirà più dei benefici previsti dal comma 3 art.33 della Legge 104/92 e ss. mm. ii., in quanto il proprio familiare portatore di handicap grave è deceduta.

Visto il certificato di morte rilasciato dal Comune di Altamura. in data 26/07/2021, relativo all'assistita sig.ra C. M. G.. dichiarata portatrice di handicap grave dalla Commissione Medica Invalidi Civili della ASL BA.

Preso atto che vi sono le condizioni per cui alla dipendente in questione a seguito del decesso dell'assistita sig. C. M. G.. (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 P. D.,come identificata nell'allegato File Privacy non soggetto a pubblicazione, relativa ai permessi retribuiti mensili a partire dal 25/07/2021, data del decesso del proprio familiare portatore 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 d' istanza prodotta dalla sig.ra P. D. come identificata nell'allegato File Privacy non soggetto a pubblicazione,in servizio presso l'Ospedale della Murgia , 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.

“Tutti i firmatari del presente atto attestano di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex artt.6-bis, l.241/90, artt.6,7 e 13, c.3 D. P. R. 62/2013,vigente codice di comportamento aziendale (DDG n.132/2019) e art.1,c.9, lett. e), l. 190/2012-quest'ultimo come recepito,a livello aziendale,alla Parte II,par.1, lett. c) del 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.lgs.165/2001”.

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 3 (tre) PAGINE
DI 0 (zero) ALLEGATI SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 0 (zero) PAGINE
DI 1 (uno) ALLEGATI NON SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 1 (uno) 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 **31/08/2021**

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