

## DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

Determinazione n.ro	Data di Adozione
0014272	17/12/2021

Struttura Aziendale	Centro di Costo
DSS 5 - Uffici di staff e amministrativi - Costi comuni	141050199

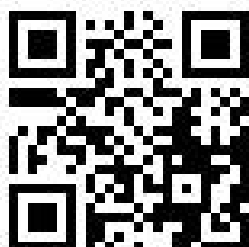
**OGGETTO:**

Dipendente B.A. DSS.5 .Concessione benefici l.104/92

RUOLO	NOME E COGNOME	FIRMA
Estensore	Ianora Anna	16/12/2021 11:33
Responsabile del Procedimento ai sensi della L. 241/1990	Ianora Anna	16/12/2021 11:33
Dirigente SPTA	Lagreca Amalia	16/12/2021 11:41
Direttore/Responsabile di Struttura	Fortunato Grazia	16/12/2021 11:51

*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.

- *Vista la deliberazione del Direttore Generale n. 2798 del 30.12.2009;*
- *Vista la deliberazione del Direttore Generale n. 504 del 20.04.2020;*

Sulla base di conforme istruttoria della Struttura Operativa D.S.S. 5

**LA DIRETTRICE DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO n.5**

**Dott.ssa Grazia Fortunato**

**HA ADOTTATO**

**la seguente determinazione:**

**Premesso che la dipendente Sig.ra B.A. come identificato nell'allegato File Privacy non soggetto a pubblicazione, dipendente in servizio a tempo pieno ed indeterminato, ha presentato istanza con n. prot.71556/2021 in data 04.11.2021 (con modello A), intesa a fruire dei benefici ai sensi dell'art.33, comma 3, della legge n.104 del 5 febbraio 1992 e successive modifiche ed integrazioni, per assistere il proprio coniuge;**

**Vista la copia del Verbale rilasciata dalla Commissione Medica per Accertamento dell'Handicap –ASL BA del 18/10/2021 con il riconoscimento a carico di F.G. di portatore di Handicap in situazione di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 L. 104/92;**

**Tenuto conto che l'istanza unitamente alla copia del verbale risulta agli atti di questo Distretto a cura del Responsabile del procedimento;**

**Accertato che il portatore di Handicap grave si trova in tutte le condizioni richiamate nel modello A) allegato al Regolamento Aziendale adottato con delibera del Direttore Generale n. 885/2015 e, nello specifico la sig.ra B.A. in qualità di coniuge, dichiara che:**

- **il portatore di Handicap grave è in vita;**
- **il portatore di handicap grave non è ricoverato a tempo pieno presso Struttura Pubblica o Privata che assicura assistenza sanitaria;**
- **nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap;**
- **di essere Referente Unico quale punto di riferimento di tutta l'attività di assistenza al portatore di handicap grave;**
- **è consapevole che tutte 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;**
- **è consapevole che tale agevolazione 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, esclusivamente per un solo beneficiario;**

**Vista la normativa di riferimento:**

**Legge n. 104 del 05/02/92;**

**Legge n. 53 del 08/03/2000;**  
**D.Lgs n. 151 del 26/03/2001;**  
**D.Lgs n. 119 del 18/07/2011;**  
**Legge n. 181 del 04/11/2010;**  
**Circolare DFP n. 13 del 06/12/2010;**  
**Circolare INPS n. 45 del 01/03/2011;**  
**Circolare INPS n. 168 del 30/12/2011;**  
**Circolare INPS n. 32 del 06/03/2012;**  
**Circolare INPS n. 100 del 13/06/2016;**

**Vista la deliberazione del Direttore Generale n. 885/2015 con cui si approva il Regolamento Aziendale per la concessione dei permessi di cui alla legge 104/92;**

**Vista la delibera 1102/16 che apporta delle modifiche al Regolamento Aziendale sull'utilizzo dei permessi retribuiti legge 104/92;**

**Ritenuto di accogliere l'istanza della Dipendente in questione, autorizzandola per l'anno in corso, alla fruizione dei permessi mensili retribuiti, così come previsto dalla L. 104/92 art 33 comma 3;**

#### **DETERMINA**

**per le motivazioni riportate in narrativa che qui si intendono integralmente riportate e confermate:**

- di concedere alla Signora B.A., come identificato nell'allegato File Privacy, non soggetto a pubblicazione, dipendente a tempo indeterminato, di fruire dei benefici di cui alla legge 104/92, ai sensi dell'art.33 comma 3;**
- di stabilire che i suddetti benefici verranno riconfermati ogni anno solo dopo che la Dipendente avrà presentato, alla propria Azienda, apposita autocertificazione di sussistenza delle condizioni previste per la legittima fruizione dei permessi ex L. 104/92 così come modificata dalla legge 181/10 o, comunque, dare tempestiva comunicazione di qualsiasi variazione delle condizioni che hanno determinato la predetta concessione;**
- Di stabilire, inoltre, che la Dipendente, è tenuta a presentare un piano di fruizione dei permessi mensili almeno dieci giorni prima dell'inizio del mese, salvo dimostrate situazioni di urgenza;**
- Di notificare il presente atto alla Dipendente B.A., ai Responsabili dei Servizi presso cui presta la propria attività di lavoro, all'Ufficio Rilevazioni presenze della sede di assegnazione, per i dovuti adempimenti;**
- Di precisare che tutti gli atti a supporto sono depositati presso l'ufficio del Personale di questo Distretto;**
- Di trasmettere il presente atto al Direttore dell'Area 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 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 **17/12/2021**

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