

Deliberazione n° 4064

Adottata dal Direttore Generale in data 23 MAG. 2003

OGGETTO: **Concessione congedo ai sensi dell'art. 42, comma 5,  
D.Lgs. n. 151/2001. Sig.ra Riola Angela.**

## II DIRETTORE GENERALE

Su proposta del Responsabile del Servizio del Personale:

- vista** la domanda del 07/05/2003, che si allega in copia, con la quale la dipendente Sig.ra Riola Angela, in servizio presso l'U.O. Psicosociale – Iglesias, in qualità di Infermiera Generica, chiede di poter fruire di un periodo di congedo, ai sensi dell'art. 42, comma 5, D.Lgs. n° 151/2001, a decorrere dal 09 giugno 2003;
- atteso** che la suddetta dipendente fruisce dei benefici di cui all'art. 33, 3 comma, L. 104/92, per l'assistenza al figlio con handicap in situazione di gravità, accertata ai sensi dell'art. 4, 1 comma, della legge medesima, da oltre cinque anni;
- visto** l'art. 42, comma 5, del D.Lgs. 26.03.2001, n. 151,
- ritenuto** di accogliere la richiesta della dipendente Sig.ra Riola Angela e provvedere formalmente col presente atto alla concessione di un periodo di congedo ai sensi e per gli effetti della sopra richiamata normativa;

## PROPONE

- di accogliere la richiesta della dipendente Sig.ra Riola Angela;
- di provvedere formalmente col presente atto alla concessione di un periodo di congedo, ai sensi dell'art. 42, comma 5, D.Lgs. n° 151/2001, a decorrere dal 09 giugno 2003 al 31 luglio 2003.



## IL DIRETTORE GENERALE

PRESO ATTO dell'istruttoria svolta dal Responsabile del Servizio del Personale;  
SENTITI il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario;

DELIBERA

per i motivi in premessa:

- ◆ di concedere alla Sig.ra Riola Angela, dipendente di questa Azienda in qualità di Infermiera generica, ai sensi e per gli effetti dell'art. 42, comma 5, D.Lgs n° 151/2001, un periodo di congedo retribuito a decorrere dal 09 giugno 2003 al 31 luglio 2003.

DIR.AMM. \_\_\_\_\_

DIR.SAN. \_\_\_\_\_



Il Direttore Generale

(dr. Emilio Simeone)

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Emilio Simeone".

Il Responsabile del Settore affari generali

attesta che la deliberazione

n. 1064 del 23 MAG. 2003

è stata pubblicata

nell'albo pretorio dell'Azienda USL n. 7

a partire dal 26 MAG. 2003 al 9 GIU. 2003

Resterà in pubblicazione per 15 giorni consecutivi;  
è stata posta a disposizione per la consultazione.

Il Responsabile del Servizio  
Affari Generali

(Dott.ssa Margherita Cannas)



Allegati n. 1

Destinatari:

Personale  
Collegio sindacale

---

## DOMANDA DI CONGEDO STRAORDINARIO PER FIGLI CON HANDICAP GRAVE

(L. 388/2000 art. 80, comma 2, L. 53/2000 art. 4, commi 2 e 4 bis e T.U. n° 151/2001 art 42, comma 5)

| A GENITORE RICHIEDENTE   |   |   |   |
|--|---|---|---|
| COGNOME<br><input style="width: 100%;" type="text" value="RIDLA"/>                         |   | NOME<br><input style="width: 100%;" type="text" value="ANGELA"/>                |   |
| CODICE FISCALE<br><input style="width: 100%;" type="text" value="RLINGL60M658354V"/>       | DATA DI NASCITA<br><input style="width: 100%;" type="text" value="250860"/> | COMUNE DI NASCITA<br><input style="width: 100%;" type="text" value="CAGLIARI"/> | Prov.<br><input style="width: 100%;" type="text" value="CA"/>     |
| INDIRIZZO<br><input style="width: 100%;" type="text" value="MINIERA SAN GIOVANNI - 181A"/> |   |   | C.A.P.<br><input style="width: 100%;" type="text" value="09036"/> |
| COMUNE DI RESIDENZA<br><input style="width: 100%;" type="text" value="IGLESIAS"/>          | PROV.<br><input style="width: 100%;" type="text" value="CA"/>               | N° TELEFONICO<br><input style="width: 100%;" type="text" value="048122573"/>    |   |

IL/LA SOTTOSCRITTO/A CHIEDE DI FRUIRE DEL CONGEDO STRAORDINARIO SPETTANTE AI GENITORI DI SOGGETTI PORTATORI DI HANDICAP GRAVE ACCERTATO DA ALMENO 5 ANNI

| B DATI DEL FIGLIO/A CON HANDICAP GRAVE  |   |  |   |
|---|---|--|---|
| COGNOME E NOME<br><input style="width: 100%;" type="text" value="PUTZOLU MICHELA"/>   |   | CODICE FISCALE<br><input style="width: 100%;" type="text" value="PTZMHL90P59B7H50"/> |   |
| DATA DI NASCITA<br><input style="width: 100%;" type="text" value="190990"/>   | COMUNE DI NASCITA<br><input style="width: 100%;" type="text" value="CARBONIA"/>   | PROV.<br><input style="width: 100%;" type="text" value="CA"/>                        | TEL.<br><input style="width: 100%;" type="text" value="048122573"/> |
| COMUNE DI RESIDENZA<br><input style="width: 100%;" type="text" value="IGLESIAS"/>   | VIA<br><input style="width: 100%;" type="text" value="MIN. SAN GIOVANNI - 181A"/> | PROV.<br><input style="width: 100%;" type="text" value="CA"/>                        |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> figlio naturale<br><input type="checkbox"/> figlio adottato (data provvedimento di adozione _____)<br><input checked="" type="checkbox"/> portatore di handicap grave accertato dalla ASL n° I di <u>CARBONIA</u><br><input checked="" type="checkbox"/> non ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati<br><input checked="" type="checkbox"/> non impegnato in attività lavorativa |   |  |   |

| C PERIODI DI CONGEDO RICHIESTI   |  |    |  |
|--|--|----|--|
| <p>Il/La sottoscritto/a chiede di poter fruire dei congedi straordinari, con pagamento della relativa indennità, nei seguenti periodi:</p> |  |    |  |
| DAL  | <input style="width: 100%;" type="text" value="09/06/03"/> | AL | <input style="width: 100%;" type="text" value="02/08/03"/> |
| 31-7-2003  |  |    |  |
| DAL  | <input style="width: 100%;" type="text"/>                  | AL | <input style="width: 100%;" type="text"/>                  |
| DAL  | <input style="width: 100%;" type="text"/>                  | AL | <input style="width: 100%;" type="text"/>                  |
| DAL  | <input style="width: 100%;" type="text"/>                  | AL | <input style="width: 100%;" type="text"/>                  |
| DAL  | <input style="width: 100%;" type="text"/>                  | AL | <input style="width: 100%;" type="text"/>                  |

### DICHIARAZIONE DEL GENITORE RICHIEDENTE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA DI ESSERE DIPENDENTE DI QUESTA AZIENDA IN QUALITA' DI INFERMIERA

PRESSO L'UNITA' OPERATIVA Servizio P. Sociale TEL 0781-3920355

CON CONTRATTO:  a tempo indeterminato  a part time verticale (periodi di prevista attività di lavoro):  
 a tempo determinato con scadenza il \_\_\_\_\_

di aver già fruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto:

DAL 15 07 02 AL 31 08 02 DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_  
 DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

presso la Ditta/Ente \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
 città \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

di aver già fruito di congedi NON retribuiti "per gravi e documentati motivi familiari" (art. 4 L. n° 53/2000):

DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_  
 DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

presso la Ditta/Ente \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
 città \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

di non fruire, in nessuno dei mesi solari in cui cadono i periodi di congedo straordinario indicati al quadro C, dei permessi previsti dall'art. 33 della L. 104/1992 per l'assistenza con persone con handicap.

di non essere convivente con il/la figlio/a handicappato/a maggiorenne, ma di svolgere con continuità l'assistenza all'o/a stesso/a per le necessità quotidiane e che nessun'altra persona è in grado di prestargli/le assistenza.

### E DICHIARAZIONE DELL'ALTRO GENITORE

COGNOME RUTZOLU

NOME PAOLO

CODICE FISCALE PT2PLA54501E281D

DATA DI NASCITA 01/11/54

COMUNE DI NASCITA IGLESIAS

Prov. CA

COMUNE DI RESIDENZA IGLESIAS

PROV. CA

C.A.P. 09016

INDIRIZZO MIN. SAN. GIOVANNI 18/A

N° TELEFONICO 078122573

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA

di non svolgere attività lavorativa o di essere lavoratore autonomo.

di svolgere attività lavorativa alle dipendenze della ditta/Ente CARBOSULCIS S.P.A.

di non aver chiesto, per lo stesso soggetto handicappato, nei periodi indicati al quadro C, congedi straordinari retribuiti, IMPEGNANDOSI A NON RICHIEDERLI negli stessi periodi.

di aver già fruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto

DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_  
 DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

presso la Ditta/Ente \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
 città \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

di aver già fruito di congedi straordinari **NON** retribuiti "per gravi e documentati motivi familiari" (art. 4, c 2, L.53/2000)

DAL   AL   DAL   AL    
DAL   AL   DAL   AL

presso la Ditta/Ente \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
città \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

di non fruire, in nessuno dei mesi solari in cui cadono i periodi di congedo straordinario indicati nel quadro C, dei permessi previsti dall'art. 33 della L. 104/92 per l'assistenza alle persone con handicap, **IMPEGNANDOSI A NON RICHIEDERLI NEGLI STESSI PERIODI.**

### F DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

(da non presentare se già allegata a precedenti domande di permessi ex lege 104/92)

- Certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante lo stato di gravità dell'handicap  
 Altro \_\_\_\_\_  
 Copia del provvedimento di adozione (in caso di adozione)

(GIÀ AGLI  
ATTI DELLA  
ASL 7)

### G DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

I sottoscritti, consapevoli delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiarano, ciascuno per le informazioni delle situazioni che lo riguardano, che le notizie fornite con il presente modulo sono rispondenti al vero.

Dichiarano inoltre che i suddetti periodi di congedo straordinario vengono richiesti in alternativa all'altro genitore e per la durata complessiva tra tutti e due i genitori non superiore ad anni due nell'arco della vita lavorativa, tenendo conto, comunque che i periodi suddetti rientrano nel limite massimo complessivo di due anni di permesso "per gravi e documentati motivi familiari", per i quali l'interessato non ha diritto a retribuzione, riconoscibile a ciascun lavoratore (art. 4, L. 53/2000)

Si impegnano a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni dichiarate con la presente, in particolare:

- l'eventuale ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituti specializzati  
 la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della commissione ASL  
 le modifiche ai periodi di congedo richiesti  
 periodi richiesti successivamente (vale solo per l'altro genitore)

I sottoscritti autorizzano l'ASL n° 7 al trattamento dei propri dati personali per finalità strettamente connesse all'applicazione delle leggi n. 104/1992, n. 53/2000, n. 388/2000 e del D.Lgs n.151/2001.

Data 07-05-03

Firma Ampelio Rieker  
DEL/DELLA RICHIEDENTE  
D'Atzoli Paolo  
DELL'ALTRO GENITORE

Documento composto di

n° 3 pagine

Il Responsabile del Servizio

[Signature]

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1064 DEL 23 MAG. 2003

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

[Signature]  
IL DIRETTORE SANITARIO

