

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – REGIONE SARDEGNA
AZIENDA U.S.L. N. 7
CARBONIA

Deliberazione n° 4385

Adottata dal Direttore Generale in data 17 GIU. 2004

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

II DIRETTORE GENERALE

Su proposta del Responsabile del Servizio del Personale:

- vista** la domanda del 04/06/2004, che si allega in copia, con la quale la dipendente Sig.ra Mighela Rita Paola, in servizio presso l'U.O. di Ortopedia, P.O. C.T.O. – Iglesias, in qualità di Capo Sala, chiede di poter fruire di un periodo di congedo, ai sensi dell'art. 42, comma 5, D.Lgs. n° 151/2001, a decorrere dal 14 giugno 2004;
- 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 suddetta legge;
- visto** l'art. 42, comma 5, del D.Lgs. 26.03.2001, n. 151;
- richiamato** l'art. 3, comma 106, della legge 24 dicembre 2003, n° 350;
- ritenuto** di accogliere la richiesta della dipendente Sig.ra Mighela Rita Paola, 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 Mighela Rita Paola;
- 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 14 giugno 2004 al 14 novembre 2004.



IL DIRETTORE GENERALE

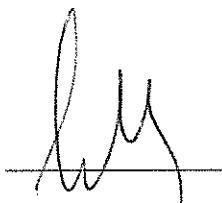
PRESO ATTO dell'istruttoria svolta dal Responsabile del Servizio del Personale;
SENTITI il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario;

DELIBERA

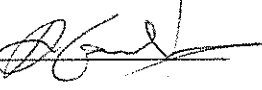
per i motivi in premessa:

- di concedere alla Sig.ra Mighela Rita Paola, dipendente di questa Azienda in qualità di Capo Sala, ai sensi e per gli effetti dell'art. 42, comma 5, D.Lgs n° 151/2001, un periodo di congedo retribuito a decorrere dal 14 giugno 2004 al 14 novembre 2004.

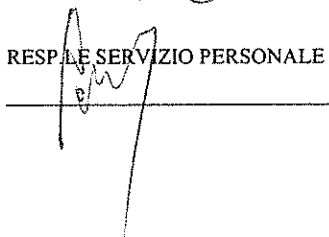
DIR.AMM.



DIR.SAN.

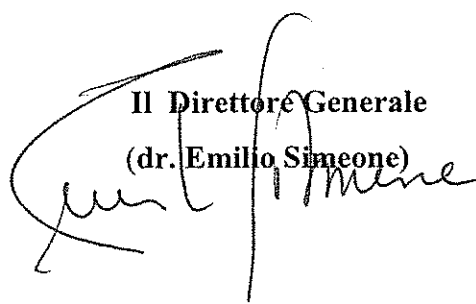


RESP. LE SERVIZIO PERSONALE



Il Direttore Generale

(dr. Emilio Simeone)



Il Responsabile del Servizio Affari Generali

attesta che la deliberazione

n. 1385 del 17 GIU. 2004

è stata pubblicata

nell'albo pretorio dell'Azienda USL n. 7

a partire dal 21 GIU. 2004 al 5 LUG. 2004

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. _____

Destinatari:

Personale
Collegio sindacale

Prot. Pers. n.° 39 - del 04-06-04

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.)+A27

A GENITORE RICHIEDENTE			
COGNOME MICHELA	NOME STIA PROLA		
CODICE FISCALE N41119458196149334	DATA DI NASCITA 21/11/58	COMUNE DI NASCITA VILLA GORRONE	Prov. 000
INDIRIZZO VIA BOISO FOIS n° 61			CAP. 019406
COMUNE DI RESIDENZA TULENAS	PROV. CA	N° TELEFONICO 0771 23110	

IL/LA SOTTOSCRITTO/A CHIEDE

di fruire del congedo straordinario spettante ai genitori con handicap grave accertato da almeno 5 anni.

B DATI DEL FIGLIO/A CON HANDICAP GRAVE			
COGNOME E NOME MORIGIOWIO LUCIA		CODICE FISCALE	
DATA DI NASCITA 23/7/87	COMUNE DI NASCITA TULENAS	PROV. CA	TEL. 0771 23130
COMUNE DI RESIDENZA TULENAS	VIA BOISO BOISUCCI	PROV. CA	
<input checked="" type="checkbox"/> figlio naturale <input type="checkbox"/> figlio adottato (data provvedimento di adozione - _____) <input checked="" type="checkbox"/> portatore di handicap grave accertato dalla ASL n° 7 di CARBONIA <input type="checkbox"/> non ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati <input type="checkbox"/> non impegnato in attività lavorativa			

C PERIODI DI CONGEDO RICHIESTI	
Il/la sottoscritto/a chiede di poter fruire dei congedi straordinari, con pagamento della relativa indennità, nei seguenti periodi:	
DAL 14/06/04 AL 14/11/04	DAL [] AL []
DAL [] AL []	DAL [] AL []
DAL [] AL []	DAL [] AL []
DAL [] DAL []	DAL [] AL []

D DICHIARAZIONE DEL GENITORE RICHIEDENTE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA

DI ESSERE DIPENDENTE DI QUESTA AZIENDA IN QUALITA' DI CAPOVALA

CON CONTRATTO

a tempo indeterminato

a part time verticale (periodi di

a tempo determinato con scadenza il _____ prevista attività di lavoro: _____

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

DAL AL

DAL AL

DAL AL

DAL AL

presso _____ via _____
città _____ te. _____

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

DAL AL

DAL AL

DAL AL

DAL AL

presso _____ via _____
città _____ te. _____

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 allo/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 NOME

CODICE FISCALE DATA DI NASCITA COMUNE DI NASCITA Prov.

COMUNE DI RESIDENZA PROV. C.A.P.

INDIRIZZO N° TELEFONICO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA

di non svolgere attività lavorativa o di essere lavoratore autonomo.

di svolgere attività lavorativa alle dipendenze della ditta/Ente ASL 7 Carbonia

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 _____ via _____
città _____ te. _____

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)

G **DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'**

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 a due anni, 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.53/00)

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 con l'applicazione delle leggi n. 14/1992, n. 53/2000 e n. 388/2000.

Firma

DELLA RICHIEDENTE

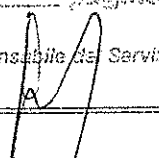
DELL'ALTRO GENITORE

Data

4/06/04

Documentazione completa di
di 3 pagine

Responsabile del Servizio



ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1385 DEL 17 GIU. 2004

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

IL DIRETTORE SANITARIO

IL RESPONSABILE SPECIALE

