SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – REGIONE SARDEGNA

AZIENDA U.S.L. N. 7

CARBONIA

Deliberazione n° 2803

Adottata dal Direttore Generale in data 21 DIC. 2004

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

Il DIRETTORE GENERALE

Su proposta del Responsabile del Servizio del Personale:

vista la domanda del 07/12/2004, che si allega in copia, con la quale la dipendente Sig.ra Medda Teresa, in servizio presso l'U.O. di Ostetricia e Ginecologia, P.O. S. Barbara – Iglesias, in qualità di Coll. Prof. San. Infermiere, chiede di poter fruire di due periodi di congedo, ai sensi dell'art. 42, comma 5, D.Lgs. n° 151/2001, a decorrere dal 01 gennaio 2005 al 16 01. 2005 e dal 01 febbraio 2005 al 28 02 2005;

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 Medda Teresa, e provvedere formalmente col presente atto alla concessione di due periodi di congedo, ai sensi e per gli effetti della sopra richiamata normativa;

PROPONE

- di accogliere la richiesta della dipendente Sig.ra Medda Teresa;
- 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 01 gennaio 2005 al 16 gennaio 2005 e dal 01 febbraio 2005 al 28 febbraio 2005.

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 Medda Teresa, dipendente di questa Azienda in qualità di Coll. Prof. San. Infermiere, ai sensi e per gli effetti dell'art. 42, comma 5, D.Lgs n° 151/2001, due periodi di congedo retribuito a decorrere dal 01 gennaio 2005 al 16 gennaio 2005 e dal 01 febbraio 2005 al 28 febbraio 2005.

Il Direttore Generale
(dr. Emilio Simeone)

DIR.AMM. _____

DIR.SAN. _____

RESP. PERS. _____

Il Responsabile del Servizio Affari Generali

attesta che la deliberazione

n. 2803 del 21 DIC. 2004

è stata pubblicata

nell'albo pretorio dell'Azienda USL n. 7

a partire dal 22 DIC. 2004 al 5 GEN. 2005

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)

REGIONE SARDEGNA SERVIZIO SANITARIO A.S.L. 7 CARBONIA

Allegati n. 1

Destinatari:

Personale
Collegio sindacale

ALL'AZIENDA USL n.° 7
CARBONIA

Prot. n° 68 del 7.12.04

DOMANDA DI CONGEDO STRAORDINARIO PER FIGLI CON HANDICAP GRAVE

(T.U. n° 151/2001 art 42, comma 5.)

A GENITORE RICHIEDENTE

COGNOME: MEDDA
NOME: TERESA
DATA DI NASCITA: 22 02 70
COMUNE DI NASCITA: IGLESIAS
Prov.: CA
INDIRIZZO: VIA TAVOLARA N°3
C.A.P.: 09016
COMUNE DI RESIDENZA: IGLESIAS
PROV.: CA
N° TELEFONICO: 3289070856

IL/LA SOTTOSCRITTO/A CHIEDE

☒ DI FRUIRE DEL CONGEDO STRAORDINARIO SPETTANTE AI GENITORI CON FIGLI CON HANDICAP GRAVE

B DATI DEL FIGLIO/A CON HANDICAP GRAVE

COGNOME E NOME: FARIS FRANCESCO
CODICE FISCALE: FRRFNC98T17E281N
DATA DI NASCITA: 17 12 98
COMUNE DI NASCITA: IGLESIAS
PROV.: CA
TEL.:
COMUNE DI RESIDENZA: IGLESIAS
VIA: TAVOLARA N°3
PROV.: CA

☐ figlio naturale

☐ figlio adottato (data provvedimento di adozione -_____

☐ portatore di handicap grave accertato dalla ASL n°__ di _____

☐ non ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati

☐ 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	01 01 05	AL	16 01 05	DAL	03 02 05	AL	28 02 05
DAL		AL		DAL		AL	
DAL		AL		DAL		AL	
DAL		DAL		DAL		AL	

ALL'AZIENDA USL n.° 7
CARBONIA

D DICHIARAZIONE DEL GENITORE RICHIEDENTE

IL/A SOTTOSCRITTO/A DICHIARA

DI ESSERE DIPENDENTE DI QUESTA AZIENDA IN QUALITA' DI INFERMIERA PROFESSIONALE

CON CONTRATTO a tempo indeterminato X

a tempo determinato con scadenza il _____

a part time verticale (periodi di prevista attività di lavoro: _____

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

DAL	15 03 04	AL	13 04 04	DAL		AL	
DAL	12 07 04	AL	29 09 04	DAL		AL	

☐ presso _____ via _____
città _____ tel. _____

☐ di aver già fruito di congedi di gongedi 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 _____ tel. _____

☐ di non fruire, in nessuno dei mesi solari in cui cadono i periodi di congedo strardinario 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: FARRIS

NOME: PIERLUIGI

CODICE FISCALE: FRRPLG64A13E281E

DATA DI NASCITA: 13 01 64

COMUNE DI NASCITA: IGLESIAS

Prov.: CA

COMUNE DI RESIDENZA: IGLESIAS

PROV.: CA

C.A.P.: 09016

INDIRIZZO: VIA TAVOLARA

N° TELEFONICO: 3288986822

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA

☒ di non svolgere attività lavorativa o di essere lavoratore autonomo.

☐ di svolgere attività lavorativa alle dipendenze della ditta/Ente _____

☐ 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. 104/92per 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 qualli 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 Teresa Teddo
DEL/DELLA RICHIEDENTE

DATA 07.12.2004

_____
DELL'ALTRO GENITORE

L'Assegnato consistente di
n° 3 posto

Il Responsabile del Servizio

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE
n. 2803 DEL 21 DIC. 2004

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

IL DIRETTORE SANITARIO

IL DIRETTORE GENERALE

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
U.S.L. N. 7 CARBONIA
REGIONE SARDEGNA