

Deliberazione n° 729

Adottata dal Direttore Generale in data 20 APR. 2005

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

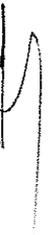
II DIRETTORE GENERALE

Su proposta del Responsabile del Servizio del Personale:

- vista** la domanda del 04/04/2005, 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 un periodo di congedo, ai sensi dell'art. 42, comma 5, D.Lgs. n° 151/2001, a decorrere dal 02 maggio 2005 al 31 maggio 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 un periodo 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 02 maggio 2005 al 31 maggio 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, un periodo di congedo retribuito a decorrere dal 01 maggio 2005 al 31 maggio 2005.

DIR.AMM.

DIR.SAN.

RESP. PERS.



Il Direttore Generale
(dr. Emilio Simone)

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Emilio Simone", written over the printed name of the Director General.

Il Responsabile del Servizio Affari Generali

attesta che la deliberazione

n. 129 del 20 APR. 2005

è stata pubblicata

nell'albo pretorio dell'Azienda USL n. 7

a partire dal 21 APR. 2005 al 5 MAG. 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)



Allegati n. 1

Destinatari:

Personale

Collegio sindacale

Prot. Res. n.° 39 del 04.04.05

DOMANDA DI CONGEDO STRAORDINARIO PER FIGLI CON HANDICAP GRAVE

(T.U. n.° 151/2001 art 42, comma 5.)

A GENITORE RICHIEDENTE			
COGNOME	NOME		
REDDA	TERESA		
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	Prov.	
22/02/70	IGLESIAS	CA	
INDIRIZZO			C.A.P.
VIA TAVOLARA n.°3/			09016
COMUNE DI RESIDENZA	PROV.	N° TELEFONICO	
IGLESIAS	CA	078124019/ MADRE	

~~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	CODICE FISCALE		
FARRIS / FRANCESCO			
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	PROV.	TEL.
17/12/98	IGLESIAS	CA	
COMUNE DI RESIDENZA	VIA	PROV.	
IGLESIAS	TAVOLARA n.°3/	CA	
<input 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	02/05/05	AL	31/05/05
DAL		AL	
DAL		AL	
DAL		AL	

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. 104/92 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 Medda Teresa
DELLA RICHIEDENTE
[Firma]
DELL'ALTRO GENITORE

DATA 31/03/2005

PROVINCIA DI ...
N. 3

Supplemento al ...



ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 29

DEL

20 APR. 2005

IL RESPONSABILE DELL'AMMINISTRAZIONE

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

