

Deliberazione n° 2010

Adottata dal Direttore Generale in data 7 OTT. 2005

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

II DIRETTORE GENERALE

Su proposta del Responsabile del Servizio del Personale:

- vista** la domanda del 29/09/2005, che si allega in copia, con la quale il dipendente Sig. Borgonovo Guido, dipendente di questa Azienda Usi in qualità di Cond. Gen. Vap., chiede di poter fruire di un periodo di congedo, ai sensi e per gli effetti dell'art. 42, comma 5, D.Lgs. n° 151/2001, a decorrere dal 03 ottobre 2005;
- atteso** che il suddetto 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 del dipendente Sig. Borgonovo Guido, 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 del dipendente Sig. Borgonovo Guido;
- di provvedere, 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 03 ottobre 2005 al 03 novembre 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:

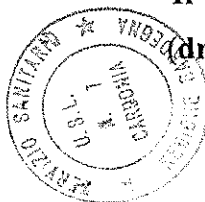
- di concedere al Sig. Borgonovo Guido, dipendente di questa Azienda in qualità di Cond. Gen. Vap., ai sensi e per gli effetti dell'art. 42, comma 5, D.Lgs n° 151/2001, un periodo di congedo retribuito a decorrere dal 03 ottobre 2005 al 03 novembre 2005.

DIR.AMM. _____

DIR.SAN. _____

RESP.LE SERVIZIO PERSONALE

Add. Giot _____



Il Direttore Generale
(dr. Benedetto Barranu)

A handwritten signature in black ink, appearing to be "B. Barranu", written over the printed name of the Director General.

Il Responsabile del Servizio Affari Generali

attesta che la deliberazione

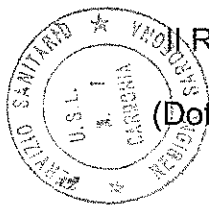
n. 2010 del 7 OTT. 2005

è stata pubblicata

nell'albo pretorio dell'Azienda USL n. 7

a partire dal 10 OTT. 2005 al 24 OTT. 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. _____

Destinatari:

Personale
Collegio sindacale

Prot. Pers. n. 108 del 29.09.05

DOMANDA DI CONGEDO STRAORDINARIO PER FIGLI CON HANDICAP GRAVE
(T.U. n° 151/2001 art 42, comma 5.)

A				GENITORE RICHIEDENTE			
COGNOME			NOME				
BORGONOVO			GUIDO				
DATA DI NASCITA		COMUNE DI NASCITA			Prov.		
15/05/54		IGLESIAS			CA		
INDIRIZZO						C.A.P.	
VIA FOISO FOIS 41						09016	
COMUNE DI RESIDENZA				PROV.	N° TELEFONICO		
IGLESIAS				CA	078123130		

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									
BORGONOVO LUCA						BRGLCD97L23E281W									
DATA DI NASCITA			COMUNE DI NASCITA			PROV.		TEL.							
23/07/97			IGLESIAS			CA									
COMUNE DI RESIDENZA				VIA		PROV.									
IGLESIAS				FOISO FOIS 41		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 checked="" 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		3/10/05			AL		3/11/05			DAL					AL								

D												DICHIARAZIONE DEL GENITORE RICHIEDENTE											
IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA																							
DI ESSERE DIPENDENTE DI QUESTA AZIENDA IN QUALITA' DI <u>COND. GEN VAP</u>																							
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	<input type="text"/>	AL	<input type="text"/>	DAL	<input type="text"/>	AL	<input type="text"/>
DAL	<input type="text"/>	AL	<input type="text"/>	DAL	<input type="text"/>	AL	<input type="text"/>
DAL	<input type="text"/>	AL	<input type="text"/>	DAL	<input type="text"/>	AL	<input type="text"/>
DAL	<input type="text"/>	AL	<input type="text"/>	DAL	<input type="text"/>	AL	<input type="text"/>
DAL	<input type="text"/>	DAL	<input type="text"/>	DAL	<input type="text"/>	AL	<input type="text"/>

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

DAL	<input type="text"/>	AL	<input type="text"/>	DAL	<input type="text"/>	AL	<input type="text"/>
DAL	<input type="text"/>	AL	<input type="text"/>	DAL	<input type="text"/>	AL	<input type="text"/>

presso _____ 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 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 MICHELA	NOME MIA PAOLA		
CODICE FISCALE MGRRLPLS8561L9532	DATA DI NASCITA 211158	COMUNE DI NASCITA VILLAGRANDI STR.	Prov. NU
COMUNE DI RESIDENZA IGLESIAS	PROV. CA	C.A.P. 09015	
INDIRIZZO VIA FOISO FOIS 41	N° TELEFONICO 0781231130		

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 -
- 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

[Signature]
DEL RICHIEDENTE
[Signature]
DELL'ALTRO GENITORE

DATA

29 SETTEMBRE 2005

3
[Signature]

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

2010 DEL 7 OTT 2005



[Signature]

[Signature]

[Signature]

IL DIRETTORE GENERALE