

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

Deliberazione n° 2084

Adottata dal Direttore Generale in data 24 OTT. 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 05/10/2005, Prot./P. n° 110, 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 09 novembre 2005 al 30 novembre 2005 e dal 14 dicembre 2005 al 15 gennaio 2006;
- 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 due periodi di congedo, ai sensi dell'art. 42, comma 5, D.Lgs. n° 151/2001, a decorrere dal 09



novembre 2005 al 30 novembre 2005 e dal 14 dicembre 2005 al 15 gennaio 2006

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 09 novembre 2005 al 30 novembre 2005 e dal 14 dicembre 2005 al 15 gennaio 2006.

DIR.AMM. _____

DIR.SAN. _____

RESP. PERS. _____

Il Direttore Generale
(dr. Benedetto Barranu)



Add. Gioi _____

Il Responsabile del Servizio Affari Generali

attesta che la deliberazione

n. 2084 del 24 OTT. 2005

è stata pubblicata

nell'albo pretorio dell'Azienda USL n. 7

a partire da 24 OTT. 2005 al 07 NOV. 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

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	COMUNE DI NASCITA	Prov.		
22 02 70	IGUESIAS	CA		
INDIRIZZO			C.A.P.	
VIA TAVOLARA N°3			09016	
COMUNE DI RESIDENZA	PROV.	N° TELEFONICO		
IGUESIAS	CA	3289070856		

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	FARRIS FRANCESCO		CODICE FISCALE	FRRFNC9BT17E281M
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	PROV.	TEL.	
27 12 98	IGUESIAS	CA		
COMUNE DI RESIDENZA	VIA	PROV.		
IGUESIAS	TAVOLARA N3	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 IGUESIAS			
<input type="checkbox"/>	non ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati			
<input type="checkbox"/>	non impegnato in attività lavorativa			

C PERIODI DI CONGEDO RICHIESTI			
La sottoscritto/a chiede di poter fruire dei congedi straordinari, con pagamento della relativa indennità, nei seguenti periodi:			
DAL	09 11 05	AL	30 11 05
DAL	26 12 05	AL	15 01 06
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 Ceresa Medda
DEL/DELLA RICHIEDENTE
[Signature]
DELL'ALTRO GENITORE

DATA 04/10/2005

Documentazione espositiva di
n° 3 pagine

Il Responsabile del Servizio

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 2084 DEL 24 OTT. 2005

IN SERVIZIO PUBBLICITÀ E MARKETING

IN SERVIZIO

