

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.**

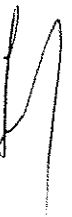
II DIRETTORE GENERALE

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:

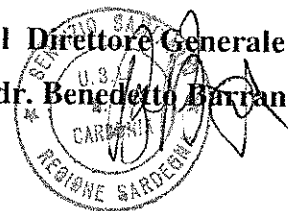
- di concedere alla Sig.ra Medda Teresa, dipendente di questa Azienda in qualità di Coll. Prof. San. Infermiere, ai sensi e per gli effetti dell'art. 42, comma 5, D.Lgs n° 151/2001, due periodi di congedo retribuito a decorrere dal 09 novembre 2005 al 30 novembre 2005 e dal 14 dicembre 2005 al 15 gennaio 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	VIA TAVOLARA N°3		C.A.P.	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			
<i>La sottoscritto/a chiede di poter fruire dei congedi straordinari, con pagamento della relativa indennità, nei seguenti periodi:</i>			
DAL	09 11 05	AL	30 11 05
DAL	26 12 05	AL	15 01 06
DAL		AL	
DAL		AL	

D DICHIARAZIONE DEL GENITORE RICHIEDENTE

IL/IA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA

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

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 15 03 04 AL 26 04 04 DAL 01 01 05 AL 16 01 05
DAL 12 F 04 AL 30 09 04 DAL 01 02 05 AL 28 02 05
A 12 04 A 31 12 04 DAL 02 05 05 A 31 05 05
DAL 01 08 05 AL 31 08 05

presso _____ via _____
città _____ tel. _____
dal 17.09.05 al 30.09.05

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 FRRP2664A13E281E DATA DI NASCITA 130164 COMUNE DI NASCITA IGLESIAS Prov. CA

COMUNE DI RESIDENZA IGLESIAS PROV. CA C.A.P. 09016

INDIRIZZO VIA TAVOLARA 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 _____
- 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 composta da
n° 3 pagine

Il Responsabile del Servizio

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 2084 DEL 24 OTT. 2005

IN DATA

