

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

Deliberazione n° 31

Adottata dal Direttore Generale in data 15 GEN. 2004

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

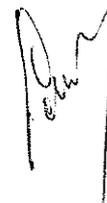
II DIRETTORE GENERALE

Su proposta del Responsabile del Servizio del Personale:

- vista** la domanda del 15/12/2003, che si allega in copia, con la quale la dipendente Sig.ra Riola Angela, in servizio presso l'U.O. Psicosociale – Iglesias, in qualità di Infermiera Generica, chiede di poter fruire di un periodo di congedo, ai sensi dell'art. 42, comma 5, D.Lgs. n° 151/2001, a decorrere dal 12 gennaio 2004;
- 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 legge medesima, da oltre cinque anni;
- visto** l'art. 42, comma 5, del D.Lgs. 26.03.2001, n. 151,
- ritenuto** di accogliere la richiesta della dipendente Sig.ra Riola Angela 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 Riola Angela;
- 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 12 gennaio 2004 al 31 gennaio 2004.



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 Riola Angela, dipendente di questa Azienda in qualità di Infermiera generica, ai sensi e per gli effetti dell'art. 42, comma 5, D.Lgs n° 151/2001, un periodo di congedo retribuito a decorrere dal 12 gennaio 2004 al 31 gennaio 2004;
- ◆ di demandare al Responsabile del Servizio del Personale l'adozione dei provvedimenti conseguenti.

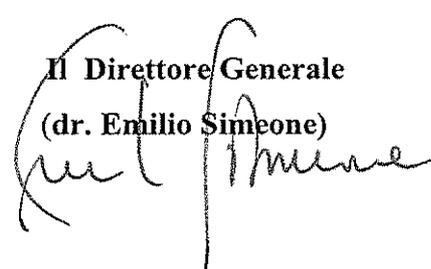
DIR.AMM.



DIR.SAN.



Il Direttore Generale
(dr. Emilio Simeone)



Il Responsabile del Servizio Affari Generali,

Attesta che la deliberazione

n. 31 del 15 GEN. 2004

è stata pubblicata

nell'Albo pretorio dell'Azienda USL n. 7

a partire dal 15 GEN. 2004 al 29 GEN. 2004

Resterà in pubblicazione per 15 giorni consecutivi
ed è stata posta a disposizione per la consultazione.

Il Responsabile del Servizio

Affari Generali

(Dr.ssa Margherita Cannas)



Allegati n.

Collegio Sindaci

Bilancio

Personale

DOMANDA DI CONGEDO STRAORDINARIO PER FIGLI CON HANDICAP GRAVE

(L. 388/2000 art. 80, comma 2, L. 53/2000 art. 4, commi 2 e 4 bis e T.U. n° 151/2001 art. 42, comma 5)

A GENITORE RICHIEDENTE					
COGNOME RIOLA			NOME ANGELA		
CODICE FISCALE RLINGL60M65B354V		DATA DI NASCITA 25 08 60	COMUNE DI NASCITA CAGLIARI	Prov. CA	
INDIRIZZO VIA MINIERA S. GIOVANNI 18/A				C.A.P. 09016	
COMUNE DI RESIDENZA 14 LESIAS		PROV. CA	N° TELEFONICO 0481/22573		

IL/LA SOTTOSCRITTO/A CHIEDE DI FRUIRE DEL CONGEDO STRAORDINARIO SPETTANTE AI GENITORI DI SOGGETTI PORTATORI DI HANDICAP GRAVE ACCERTATO DA ALMENO 5 ANNI

B DATI DEL FIGLIO/A CON HANDICAP GRAVE					
COGNOME E NOME PUTZOLU			CODICE FISCALE PT2HHL90P59B7450		
DATA DI NASCITA 19 09 90	COMUNE DI NASCITA CARBONIA		PROV. CA	TEL. 0481/22573	
COMUNE DI RESIDENZA 14 LESIAS	VIA MINIERA SAN GIOVANNI 18/A		PROV. 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° 4 di CARBONIA					
<input checked="" type="checkbox"/> non ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati					
<input checked="" 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 18 01	AL 31 08 02	DAL		AL	
DAL		AL		DAL	
DAL		AL		DAL	
DAL		DAL		AL	

DICHIARAZIONE DEL GENITORE RICHIEDENTE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA DI ESSERE DIPENDENTE DI QUESTA AZIENDA IN QUALITA' DI INFERMIERA GENERALE
 PRESSO L'UNITA' OPERATIVA SERVIZIO PSICOSOCIALE TEL. 0781/3922406

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 07 AL 31 08 02 DAL AL

DAL 01 06 AL 31 07 03 DAL AL

presso la Ditta/Ente _____ via _____
 città _____ tel. _____

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

DAL AL DAL AL

DAL AL DAL AL

presso la Ditta/Ente _____ 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.

DICHIARAZIONE DELL'ALTRO GENITORE

COGNOME PUTZOLU

NOME PAOLO

CODICE FISCALE PTZPLA51S01E281D

DATA DI NASCITA 01/11/51

COMUNE DI NASCITA Iglesias

Prov. CA

COMUNE DI RESIDENZA Iglesias

PROV. CA

C.A.P. 09016

INDIRIZZO VIA MINIERA S. GIOVANNI 18/A

N° TELEFONICO 0781/22573

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA

di non svolgere attività lavorativa o di essere lavoratore autonomo.

di svolgere attività lavorativa alle dipendenze della ditta/Ente CARBOSULEIS

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 la Ditta/Ente _____ via _____
 città _____ c.a.p. _____

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)

*grazie agli
atti
dell'ASC
N° 7*

G DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

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 ad anni due 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. 53/200)

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 all'applicazione delle leggi n. 104/1992, n. 53/2000, n. 388/2000 e del D.Lgs n.151/2001.

Data 15/12/03

Firma

Aurelio Riolo
DEL/DELLA RICHIEDENTE

Paolo Puzich
DELL'ALTRO GENITORE

Documento approvato di

n° _____ pagina

Il Responsabile del servizio

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N° 31 DEL 15 GEN. 2004

IL DIRETTORE SANITARIO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO



IL DIRETTORE GENERALE