



AUSL 6
Palermo

Via Giacomo Cusmano, 24 – 90141 Palermo
Cod. Fisc. e P.I. 04328340825

Dipartimento *Gestione delle Risorse Umane*
Servizio Stato Giuridico
U.O. "Stato Matricolare e Rilevazione Presenze"

Prot. N. SG3/7527.....

Palermo, lì ...30/03/2009.....
Via Pindemonte, 88 – 90129 Palermo
tel. 091/7033965 - fax 091/7033951
ausl6gestionerisorseumane@hotmail.com

Oggetto: Permessi retribuiti ai sensi della legge 104/92 e Circolare INPDAP - Direzione Centrale Personale Ufficio IV - 10 luglio 2000, n. 34 – punto 7.1. - (Documenti da Presentare).-

Ai Direttori dei Dipartimenti
Amministrativi e Sanitari

Al Direttore del Servizio Ospedalità Pubblica

Al Direttore del Servizio Ospedalità Privata

Al Direttore del S.I.M.T.

Ai Direttori dei Distretti Sanitari Aziendali
da n. 1 a n. 14

Ai Direttori F.I.O. dei PP.00. Aziendali

Ai Responsabili del Coordinamento Amministrativo
dei PP.00. Aziendali

Al Responsabile delle UU.OO. in staff

Alla Direzione Aziendale

e, p.c. All'U.R.P.

Con Circolare prot. n. SG3/6198, del 13/03/2007, (che si allega in copia) lo scrivente Dipartimento aveva provveduto a fornire direttive sulla modalità di applicazione della legge 104/92 e s.m.i., e nel contempo, aveva chiesto a tutti i responsabili dei Dipartimenti – Distretti PP.OO. di acquisire annualmente, a far data della determina di concessione, la dichiarazione di responsabilità da parte dei beneficiari della medesima legge 104/92, confermativa dei requisiti che hanno dato luogo alla concessione dei permessi retribuiti.

Da un controllo interno, risulta che una scarsa percentuale di personale beneficiario del permesso retribuito, a norma della legge 104/92, ha provveduto a confermare i requisiti che hanno dato luogo alla concessione.

(2)

Questo Dipartimento vuole ancora una volta ricordare a tutti i Responsabili in indirizzo, che la norma in oggetto, va applicata in **foto**, e correttamente, da parte di tutti i beneficiari, e che la dichiarazione di responsabilità confermativa dei requisiti è un obbligo di legge e non una facoltà del beneficiario.

Per quanto sopra, Le SS.LL. in indirizzo avranno cura di richiedere al personale, afferente alla loro struttura, che ancora oggi non l'abbia fatto, di presentare entro gg. 15 da ricevimento dell'invito la suddetta dichiarazione, specificando che, trascorso tale termine senza avere avuto riscontro da parte degli interessati, sarà sospesa la concessione dei benefici senza ulteriore preavviso, convertendo i giorni fruiti come permesso retribuito di legge 104/92 in congedo ordinario.

Si inoltra copia della presente all'U.R.P. per la pubblicazione sul sito dell'Azienda, che assume nella circostanza significativa rilevanza, stante il carattere di particolare interesse per tutto il personale.-

Alla presente si allegano:

- Fac-simile dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà – da presentare da parte del dipendente disabile, fruitore dei permessi retribuiti;
- Fac-simile dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà - da presentare da parte del dipendente fruitore dei permessi retribuiti, parente del disabile,.

Si rimane in attesa di riscontro per avvenuto adempimento.-

Il Responsabile dell'U.O.
(Dr. Salvatore Giacona)

Il Direttore del Servizio
(Dr. Giuseppe Andaloro)

Il Direttore del Dipartimento
(Dr. Gaetano La Corte)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R. 445/2000)

__I__ sottoscritt_ _____, nat__ a _____
_____ il _____ residente a _____
via _____ n° _____ cap. n. _____, dipendente di codesta Azienda
U.S.L. 6 Palermo con la qualifica di _____ matr.
n. _____, in atto in servizio presso il _____

P R E M E S S O C H E

__I__ stess_ fruisce dei permessi retribuiti mensili, ai sensi dell'art. 33 della legge 104/92 modificato dagli artt. 19 e 20 della legge 53/2000, **per se stess_** già riconosciuto portatore di handicap grave, come da verbale della Commissione Medica per l'accertamento dell' handicap dell'Azienda di _____ già agli atti d'Ufficio di codesta Azienda ed allegato al provvedimento di autorizzazione n. _____ del _____ avente ad oggetto "Richiesta Permessi Retribuiti ai sensi dell'art. 33 della legge 104/92".

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del predetto D.P.R. , per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità:

D I C H I A R A C H E

1. permangono tutti i requisiti previsti dalla normativa vigente che disciplina le norme in materia di permessi retribuiti ai sensi della legge 104/92 e, s.m.i.;
2. in atto persiste lo stato di gravità dell'handicap;
3. che il Verbale di accertamento della legge 104/92, della Commissione Medica Competente, non ha subito alcuna variazione ne è stato revocato;

Palermo _____

DICHARANTE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R. 445/2000)

__I__ sottoscritt__ _____, nat__ a _____
_____ il _____ residente a _____
via _____ n° _____ cap. n. _____, dipendente di codesta Azienda
U.S.L. 6 Palermo con la qualifica di _____ matr.
n. _____, in atto in servizio presso il _____

P R E M E S S O C H E

__I__ stess__ fruisce dei permessi retribuiti mensili, ai sensi dell'art. 33 della legge 104/92 modificato dagli artt. 19 e 20 della legge 53/2000, per potere assistere il familiare (_____) Sig. _____
nat__ a _____ il _____ e residente a _____ in
Via _____ n. _____ già riconosciuto portatore di handicap grave, come
da verbale della Commissione Medica per l'accertamento dell' handicap dell'Azienda di _____
già agli atti d'Ufficio di codesta Azienda ed allegato al provvedimento di autorizzazione n. _____
del _____ avente ad oggetto "Richiesta Permessi Retribuiti ai sensi dell'art. 33 della legge 104/92".

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del predetto D.P.R. , per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità:

D I C H I A R A C H E

1. sia il sottoscritto che il disabile grave sono in possesso di tutti i requisiti previsti dalla normativa vigente che disciplina le norme in materia di permessi retribuiti ai sensi della legge 104/92 e, s.m.i.;
2. in atto persiste lo stato di gravità dell'handicap del suddetto familiare e che il Verbale di accertamento della legge 104/92, della Commissione Medica Competente, non ha subito alcuna variazione ne è stato revocato;
3. il familiare portatore di handicap grave non è ricoverato a tempo pieno presso istituti Specializzati di cura ed assistenza;
4. non vi sono altri familiari maggiorenni, parenti ed affini sino al terzo grado di parentela che hanno chiesto di fruire dei permessi di cui alla legge 104/92 per assistere il predetto familiare portatore di handicap grave;
5. il tempo di percorrenza della distanza fra la propria residenza e quella del disabile da assistere non supera l'ora.-

Palermo _____

DICHIARANTE
