

AZIENDA SANITARIA LOCALE TARANTO

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

STRUTTURA: Dipartimento Dipendenze Patologiche

OGGETTO: Permessi di cui alla Legge n. 104/92 per assistenza a parente/affine con handicap grave – Accoglimento istanza dipendente matr. n. 81206.

IL DIRIGENTE APICALE

PREMESSO

- che il/la dipendente omissis... (matr.81206), con rapporto di lavoro a tempo pieno ed indeterminato, ha inoltrato istanza in data 21/02/2024– prot. n. 38019, intesa ad ottenere i benefici di cui all'art. 33 della Legge n. 104/92, al fine di assistere un parente di secondo grado (nonna) Sig. ra omissis..., in condizione di handicap in situazione di gravità;

VISTO

- che l'art. 33, comma 3 stabilisce che *“A condizione che la persona handicappata non sia ricoverata a tempo pieno, il lavoratore dipendente, pubblico o privato, che assiste persona con handicap in situazione di gravità, coniuge, parente o affine entro il secondo grado, ovvero entro il terzo grado qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i sessantacinque anni di età oppure siano anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti, ha diritto a fruire di tre giorni di permesso mensile retribuito coperto da contribuzione figurativa, anche in maniera continuativa...”*

DATO ATTO

- che il/la dipendente ha prodotto unitamente all'istanza, il Verbale sanitario contenente il giudizio definitivo espresso dalla Commissione sanitaria di Taranto sull'accertamento dell'invalidità civile, handicap, attestante che ricorrono le condizioni di handicap in situazione di gravità, di cui all'art. 33, commi 1 e 3 della Legge n. 104/92 per la Sig. ra omissis...;
- che il predetto Verbale non è sottoposto a revisione;

PRECISATO

- che la predetta documentazione non viene allegata al presente provvedimento in quanto contenente dati sensibili e pertanto viene conservata agli atti di ufficio;

RILEVATO

- che il/la dipendente omissis... (matr.81206), ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del DPR 445/2000, ha espressamente dichiarato la sussistenza di tutti i requisiti per la fruizione dei benefici previsti dall'art. 33, comma 3, della Legge n. 104/92 ovvero che:
 - che la disabile Sig.ra omissis...è parente di secondo grado (nonna);
 - che è stato accertato che la disabile è portatore di handicap in situazione di gravità;
 - che la disabile non è ricoverato a tempo pieno presso Istituti o Case di cura per assistenza disabili;
 - di essere il referente unico per l'assistenza alla disabile nel senso che non vi sono altri parenti/affini che fruiscono dei medesimi benefici;

- che, pertanto, ricorrono le condizioni per l'accoglimento dell'istanza prodotta dal/la dipendente di cui trattasi

DETERMINA

Per tutti i motivi esposti in narrativa e che qui s'intendono richiamati per formarne parte integrante e sostanziale:

1. di accogliere l'istanza del/la dipendente omissis... (matr.81206), con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato, datata 21/02/2024– prot. n. 38019 intesa ad ottenere i benefici di cui all'art. 33 della Legge n. 104/92, per assistere un parente di secondo grado (nonna)

Sig.ra omissis..., in condizione di handicap in situazione di gravità, giusta Verbale sanitario contenente il giudizio definitivo espresso dalla Commissione Sanitaria sull'accertamento dell'invalidità civile, handicap (art. 33, commi 1 e 3 della Legge n. 104/92);

2. di dare atto che il predetto Verbale non è sottoposto a revisione;

3. di autorizzare il/la dipendente di cui trattasi alla fruizione di tre giorni di permesso mensile per l'assistenza al disabile portatore di handicap in situazione di gravità Sig.ra omissis...

4. di precisare che il/la dipendente ha l'obbligo di comunicare ogni eventuale variazione rispetto alla sussistenza dei requisiti utili alla fruizione dei benefici di legge;

5. di notificare copia del presente provvedimento all'interessato/a;

6. di precisare che il presente provvedimento non comporta impegno di spesa;

7. di dichiarare la presente determinazione immediatamente esecutiva, stante l'urgente necessità in merito.

Estratto per riassunto - Attestazione di Conformità

Il sottoscritto, meglio identificato a mezzo dei dati presenti nella firma digitale, in qualità di Dirigente apicale della ASL di TARANTO, attesta, ai sensi e per gli effetti dell'art. 23-bis del d. lgs n.82/2005 e dell'art. 6 del DPCM 13 novembre 2014, che il presente documento è un estratto per riassunto contenente gli elementi essenziali - privi di dati personali e/o sensibili e/o giudiziari da tutelare secondo la normativa vigente in materia di privacy - del documento originale informatico identificato con il file DETERMINAZIONE IN ORIGINALE impronta di hash 74E994950F223184C45EAB57A3C3436B91D8F526791EEF02E80C33BC3E5FB6BE dal quale è stato estratto.

La data e il nominativo del sottoscrittore sono rilevabili dalla firma digitale apposta.