

ASLBA

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. <u>0886</u> Del <u>- 3 GIU. 2015</u>
--

OGGETTO: Approvazione Regolamento congedo retributivo per assistenza familiari portatori di handicap grave (art. 42, comma 5, Decreto Legislativo 26 marzo 2001, n. 151). Aggiornamenti e Modifiche.

Il Direttore Generale

con l'assistenza del Segretario, sulla base della istruttoria e della proposta formulata, dal Direttore AGRU, che ne attesta la regolarità formale del procedimento ed il rispetto della legalità, considera e determina quanto segue.

Premesso che:

- con Deliberazione del Direttore Generale n. 80 del 21 gennaio 2014, esecutiva, la ASL BA aveva adottato il *"Regolamento Aziendale per la concessione del congedo retribuito di cui all'art. 42, comma 5, del Decreto Legislativo del 26 marzo 2001, n. 151"*;
- il Decreto Legislativo 18 luglio 2011, n. 119 emanato in attuazione della delega contenuta nell'art. 23 della legge 4 novembre 2010, n. 183, tra le altre disposizioni, sostituisce il comma 5 dell'art. 42 del Decreto Legislativo 26 marzo 2001, n. 151, ridefinendo la platea dei soggetti legittimati ad usufruire del congedo straordinario per l'assistenza alle persone in situazione di disabilità grave e prevedendo un ordine di priorità tra loro;

- la Corte Costituzionale con la Sentenza 18 luglio 2013, n. 203 ha incluso nel novero dei soggetti legittimati a fruire del congedo di cui all'art. 42, comma 5, del Decreto Legislativo 26 marzo 2001, n. 151 anche il parente o l'affine entro il terzo grado convivente, in caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti degli stessi soggetti individuati dalla disposizione *de qua*, idonei a prendersi cura della persona in situazione di disabilità grave, avendo ritenuto che: *"... nella sua formulazione attuale, dunque, il congedo straordinario di cui all'art. 42, comma 5, del d.lgs. n. 151 del 2001, fruibile per l'assistenza delle persone portatrici di handicap grave, costituisce uno strumento di politica socio-assistenziale, basato sia sul riconoscimento della cura prestata dai congiunti sia sulla valorizzazione delle relazioni di solidarietà interpersonale e intergenerazionale, di cui la famiglia costituisce esperienza primaria, in attuazione degli artt. 2, 3, 29, 32 e 118, quarto comma, della Costituzione."*;

Visti:

- ✚ la legge 5 febbraio 1992, n. 104 "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate";
- ✚ la legge 8 marzo 2000, n. 53 "Disposizioni per sostegno alla maternità e della paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi della città";
- ✚ il Decreto Interministeriale 21 luglio 2000, n. 278 "Regolamento recante disposizioni di attuazione dell'art. 4 della legge 8 marzo 2000, n. 53, concernente congedi per eventi e cause particolari";
- ✚ il Decreto Legislativo 26 marzo 2001, n. 151 "Testo Unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità" a norma dell'articolo 15 della Legge 08/03/00, n. 53";
- ✚ la Circolare INPDAP n. 22 del 28 dicembre 2011;
- ✚ la Circolare Dipartimento della Funzione Pubblica n. 13 del 6 dicembre 2010;
- ✚ la Circolare Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1 del 3 febbraio 2012;
- ✚ la Circolare INPS n. 64 del 15 marzo 2001;
- ✚ la Circolare INPS n. 28 del 28 febbraio 2012;
- ✚ la Circolare INPS n. 32 del 6 marzo 2012;
- ✚ la Sentenza della Corte Costituzionale 18 luglio 2013, n. 203;

Viste le norme previste in materia dai vigenti Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro del Personale Dirigente dell'Area III (Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa), dell'Area IV (Dirigenza Medica e Veterinaria) e del Personale del Comparto del Servizio Sanitario Nazionale;

Ritenuto, pertanto, necessario modificare e aggiornare, nel rispetto della intervenuta *Sentenza della Corte Costituzionale n. 203 del 18 luglio 2013*, e dei principi di trasparenza e obiettività, il precedente *"Regolamento Aziendale per la concessione del congedo retribuito di cui all'art. 42, comma 5, del Decreto Legislativo del 26 marzo 2001, n. 151"*, ridefinendo criteri e modalità per una corretta e omogenea applicazione dell'istituto in menzione, fornendo anche istruzioni operative in merito alle disposizioni introdotte dal predetto D.Lgs. n. 119/2011;

Visto, infine, il nuovo *"Regolamento Aziendale per la concessione del congedo retribuito di cui all'art. 42, comma 5, del Decreto Legislativo del 26 marzo 2001, n. 151"*, disciplinante i requisiti e le modalità di concessione del beneficio *de quo*, che si allega al presente provvedimento per formarne parte integrante e sostanziale;

Il Responsabile del procedimento

P. O. Ufficio Giuridico-Contenzioso del lavoro Rag. Paolo Eugenio Guarini

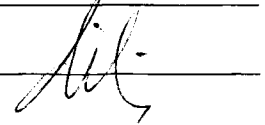


Il Dirigente Amministrativo

U.O.S. Giuridico-Economico-Previdenziale Dott. Rodolfo Minervini



Il Direttore Area Gestione Risorse Umane Dott. Francesco Lippolis



Assunto il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

DELIBERA

Assunto quanto in premessa

- a) di aggiornare il *“Regolamento Aziendale per la concessione del congedo retribuito di cui all’art. 42, comma 5, del Decreto Legislativo del 26 marzo 2001, n. 151”*, di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 80 del 21 gennaio 2014, esecutiva, apportando allo stesso le necessarie e adeguate modifiche, nel senso indicato dalla Corte Costituzionale con la Sentenza n. 203 del 18 luglio 2013;
- b) di approvare il nuovo *“Regolamento Aziendale per la concessione del congedo retribuito di cui all’art. 42, comma 5, del Decreto Legislativo del 26 marzo 2001, n. 151”*, disciplinante la concessione del congedo retribuito *de quo*, che si allega al presente provvedimento per formarne parte integrante e sostanziale;
- c) di disapplicare, conseguentemente, il precedente *“Regolamento”*, di cui alla precitata Deliberazione del Direttore Generale n. 80 del 21 gennaio 2014;
- d) di dare atto che il *“Regolamento Aziendale per la concessione del congedo retribuito di cui all’art. 42, comma 5, del Decreto Legislativo del 26 marzo 2001, n. 151”* trova applicazione nei confronti del Personale della Dirigenza e del Comparto con contratto di lavoro subordinato, sia a tempo indeterminato che determinato, operante presso l’Azienda Sanitaria Locale di Bari;
- e) di trasmettere copia del presente provvedimento alle OO. SS. della Dirigenza Medica e Veterinaria, della Dirigenza S.P.T.A. e del Comparto, per gli adempimenti relativi all’istituto dell’informazione previsti dai vigenti CC.CC.NN.LL.



Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari

AREA GESTIONE RISORSE UMANE

SEDE: 70123 BARI - Lungomare Starita, 6

Cod. Fisc. e Partita IVA: 06534340721

REGOLAMENTO AZIENDALE

CONGEDO RETRIBUITO

(Art. 42, comma 5, Decreto Legislativo 26 marzo 2001, n. 151)



Quadro normativo di riferimento

Il presente *Regolamento* è disposto in attuazione delle seguenti normative:

- Legge 23 dicembre 2000, n. 388;
- Legge 8 marzo 2000, n. 53;
- Decreto Interministeriale 21 luglio 2000, n. 278;
- Decreto Legislativo 26 marzo 2001, n. 151;
- Decreto Legislativo 18 luglio 2011, n. 119;
- Circolare INPDAP n. 22 del 28 dicembre 2011;
- Circolare Dipartimento della Funzione Pubblica n. 13 del 6 dicembre 2010;
- Circolare Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1 del 3 febbraio 2012;
- Circolare INPS n. 64 del 15 marzo 2001;
- Circolare INPS n. 41 del 16 marzo 2009;
- Circolare INPS n. 28 del 28 febbraio 2012;
- Circolare INPS n. 32 del 6 marzo 2012;
- Circolare INPS n. 159 del 15 novembre 2013;
- Circolare INPS n. 20 del 6 febbraio 2014;
- Corte Costituzionale – Sentenza 8 giugno 2005, n. 233;
- Corte Costituzionale – Sentenza 18 aprile 2007, n. 158;
- Corte Costituzionale – Sentenza 26 gennaio 2009, n. 19;
- Corte Costituzionale – Sentenza 18 luglio 2013, n. 203.

Art. 1

Finalità

Il presente *Regolamento* si applica al personale dipendente dell'Azienda Sanitaria Locale di Bari ed è finalizzato a una corretta applicazione dell'art. 42, comma 5, del Decreto Legislativo 26 marzo 2001, n. 151, che riconosce il congedo retribuito di due anni per l'assistenza ai familiari disabili individuati dalla *Norma* o a loro esteso con *Sentenze* della Corte Costituzionale.

Art. 2

Responsabilità

Al buon andamento e al rispetto delle norme contenute nel presente *Regolamento* provvede la Struttura/Servizio/U.O. di afferenza del dipendente che ne fa richiesta.

L'istruttoria, l'ammissione e l'atto formale di concessione del congedo retribuito è a cura delle Direzioni Amministrative delle Macrostrutture della ASL: Presidi Ospedalieri, Distretti Socio Sanitari, Dipartimenti.

L'attività di indirizzo e controllo è affidata all'Area Gestione Risorse Umane – Settore Giuridico – dell'Azienda, a cui è obbligatorio far pervenire copia della *Determinazione Dirigenziale* di concessione del congedo.

Art. 3

Generalità e Soggetti aventi diritto

L'art. 42, comma 5, del Decreto Legislativo 26 marzo 2001, n. 151, sostituito dall'art. 4 del Decreto Legislativo 18 luglio 2011, n. 119, recepisce il contenuto della normativa e della giurisprudenza precedente, individuando un elenco di persone legittimate alla fruizione del congedo retribuito di 24 mesi, stabilendo contestualmente un ordine inderogabile di priorità nel diritto alla fruizione. Vengono, inoltre, fissate le condizioni, da intendersi come tassative, al concretizzarsi delle quali i diversi soggetti elencati possono beneficiare del congedo.



I lavoratori legittimati a fruire del congedo straordinario sono, in ordine di priorità:

- a) il lavoratore dipendente che sia il coniuge **convivente** del soggetto portatore di handicap grave. In caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti del coniuge convivente con il disabile in situazione di gravità, ha diritto a fruire del congedo
- b) il lavoratore dipendente che sia il padre o la madre anche adottivo/a (**anche se non conviventi con il figlio**) del portatore di handicap in situazione di gravità (**è il genitore di figlio con handicap grave**). In caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti del padre e della madre, anche adottivi, del disabile in situazione di gravità, ha diritto a fruire del congedo
- c) il lavoratore dipendente che sia uno dei figli **conviventi** del soggetto con handicap in situazione di gravità. In caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti dei figli conviventi con il disabile in situazione di gravità, ha diritto a fruire del congedo
- d) il lavoratore dipendente che sia fratello o sorella **convivente** del soggetto con handicap in situazione di gravità. In caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti anche dei fratelli o delle sorelle conviventi con il disabile in situazione di gravità, il diritto al congedo passa
- e) a parenti e affini, comunque **conviventi**, fino al terzo grado.

Da quanto sopra esposto si desume, quindi, il seguente ordine di priorità dei soggetti legittimati a fruire del congedo *de quo*, per assistere la persona con handicap in situazione di gravità e non ricoverata a tempo pieno, con la quale siano:

- 1) coniuge **convivente**;
- 2) genitore **anche se non convivente**;
- 3) figlio/a **convivente**;
- 4) fratello/sorella **convivente**;
- 5) parente o affine di 3° grado **convivente**.

Per i concetti di "**manca**za", di "**patologie invalidanti**" e di "**convivenza**" si specifica quanto segue:

a. "mancaza":

il concetto di "**manca**za" si concretizza nel verificarsi di una delle seguenti situazioni:

- situazioni di assenza naturale e giuridica in senso stretto (celibato o stato di figlio naturale non riconosciuto);
- situazioni giuridiche assimilabili a quelle citate, connotate da carattere di stabilità e certezza (divorzio, separazione legale, abbandono), risultanti da documentazione dell'autorità giudiziaria o di altra autorità.

b. "patologie invalidanti":

per il concetto di "**patologie invalidanti**" si richiama l'art. 2, comma 1, lett. d), del Decreto Interministeriale (Ministero per la Solidarietà Sociale, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Ministero per le Pari Opportunità) del 21 luglio 2000, n. 278, secondo il quale s'intendono per "**patologie invalidanti**":

- patologie acute o croniche che determinano temporanea o permanente riduzione o perdita dell'autonomia personale, ivi incluse le affezioni croniche di natura congenita, reumatica, neoplastica, infettiva, dismetabolica, post-traumatica, neurologica, neuromuscolare, psichiatrica, derivanti da dipendenze, a carattere evolutivo o soggette a riacutizzazioni periodiche;
- patologie acute o croniche che richiedono assistenza continuativa o frequenti monitoraggi clinici, ematochimici e strumentali;



- patologie acute o croniche che richiedono la partecipazione attiva del familiare nel trattamento sanitario.

La presenza delle sopracitate patologie deve essere debitamente documentata.

c. "convivenza":

per il concetto di "convivenza" si intende il possesso, da parte del soggetto portatore di handicap grave e del dipendente richiedente il congedo, della medesima residenza anagrafica, come chiarito dalla Circolare del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 18 febbraio 2010, prot. n. 3884; secondo tale Circolare, sia il disabile che il soggetto che lo assiste hanno la stessa residenza anagrafica quando risiedono nello stesso comune e hanno lo stesso indirizzo e lo stesso numero civico, anche se interni diversi.

Art. 4

Presupposti per la fruizione

Per la fruizione del congedo straordinario devono sussistere le seguenti condizioni:

- 1) che il disabile sia riconosciuto in condizione di disabilità grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92 e ss.mm.ii., dalla Commissione Medica della ASL competente;
- 2) che il disabile non sia ricoverato a tempo pieno.

Si precisa che nelle ipotesi di ricovero a tempo pieno del disabile in condizioni di gravità, è possibile fruire del congedo straordinario retribuito nei seguenti casi:

- a) ricovero a tempo pieno di un minore per il quale risulti documentato dai sanitari della Struttura Ospedaliera il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare;
- b) ricovero in stato vegetativo persistente e/o in situazione terminale;
- c) interruzione del ricovero a tempo pieno per necessità del disabile di recarsi al di fuori della Struttura che lo ospita per effettuare visite e/o terapie certificate.

Oltre alle ipotesi sopra richiamate, il comma 5-bis del citato art. 42, del D. Lgs. n. 151/2001, prevede espressamente che il congedo in argomento possa essere concesso qualora la presenza del soggetto che presta assistenza sia richiesta esplicitamente dalla Struttura Sanitaria presso la quale è ricoverata la persona disabile.

Art. 5

Modalità operative - Domanda

Il dipendente presenta **istanza** per la fruizione del congedo retribuito, compilata su apposito modulo (allegato al presente *Regolamento*) predisposto dall'Amministrazione, indirizzata al Direttore/Dirigente Amministrativo o Sanitario Responsabile del Presidio Ospedaliero o Dipartimento o Distretto Socio Sanitario di appartenenza e, per conoscenza, al Direttore dell'Area Gestione Risorse Umane – Ufficio Giuridico della A.S.L.

Il dipendente prima di inviare la domanda al Responsabile in indirizzo per l'istruttoria e la definizione del procedimento con l'adozione dell'atto formale, deve acquisire preventivamente, sempre a sua cura, il visto del Direttore/Dirigente Amministrativo o Sanitario Responsabile della propria Unità Operativa o Servizio di appartenenza.

L'Ufficio Istruttore, prima dell'emanazione del provvedimento di concessione del beneficio (la Determinazione Dirigenziale), da emanarsi entro 60 giorni dall'acquisizione della domanda, dovrà accertare la veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese dall'istante e dalla persona in situazione di handicap grave, procedendo a verificare direttamente i dati e ad acquisire le informazioni necessarie presso l'Amministrazione Pubblica competente a rilasciare la loro certificazione, anche mediante acquisizione della documentazione tramite mezzo telematico o informatico.



Art. 6 Modalità di fruizione

a. decorrenza (art. 42, c. 5)

Il dipendente potrà fruire del congedo straordinario retribuito decorsi sessanta giorni dalla presentazione formale della richiesta e dopo aver ricevuto la relativa notifica di concessione, a seguito della verifica della sussistenza di tutti i requisiti previsti dalla norma, da parte del competente Ufficio.

Pertanto, l'Ufficio Istruttore che abbia necessità di acquisire eventuale ulteriore documentazione necessaria alla concessione del congedo e/o alla verifica delle dichiarazioni rilasciate dal lavoratore deve completare l'*iter di richiesta, accertamento e verifica* nel termine perentorio di sessanta giorni, come previsto nel primo periodo del comma 5 del vigente art. 42 del D. Lgs. n. 151/2001.

Le *istanze* di ulteriori periodi di congedo retribuito (quelle successive alla prima *istanza*) presentate per godere del beneficio in continuazione a quello già concesso e in scadenza, per evitare di creare interruzione del beneficio e, quindi, dell'assistenza alla persona in situazione di handicap, devono essere presentate almeno 15 giorni prima della scadenza stessa.

E' opportuno precisare che la modifica delle situazioni dichiarate al momento della richiesta va immediatamente comunicata per iscritto all'Ufficio Istruttore della A.S.L. che ha emanato il provvedimento di concessione, con particolare riferimento all'eventuale intervenuto ricovero dell'assistito o decesso dell'assistito, all'eventuale revisione del giudizio di gravità della situazione di handicap da parte della Commissione A.S.L./I.N.P.S. o, comunque, alla cessazione della validità del riconoscimento dell'handicap in situazione di gravità, al venir meno della convivenza, all'utilizzo del congedo o dei permessi da parte di altri familiari per lo stesso disabile in situazione di gravità, ecc..

b. durata (art. 42, c. 5-bis)

Il congedo in argomento, ai sensi del citato art. 42, comma 5-bis, del D. Lgs. n. 151/2001 "*non può superare la durata complessiva di due anni per ciascuna persona portatrice di handicap e nell'arco della vita lavorativa.*"

Ciò a dire che la durata complessiva di due anni di congedo per assistere il soggetto con handicap in situazione di gravità può essere suddivisa tra i vari familiari aventi titolo all'assistenza dello stesso, ma il singolo lavoratore che debba assistere più di un familiare con handicap in situazione di gravità (comunque, in ogni caso, il congedo non può mai essere concesso per assistere due o più disabili contemporaneamente), non può superare il limite di due anni nell'arco della propria vita lavorativa.

La circolare INPDAP n. 31/2004 aveva già precisato che "*il periodo massimo di congedo (due anni) si applica complessivamente a tutti gli interessati, nell'arco della vita lavorativa di tutti e può essere fruito alternativamente dagli aventi diritto. I periodi di congedo straordinario rientrano nel limite massimo di due anni di congedo, anche non retribuito, che può essere richiesto da ogni lavoratore, ai sensi dell'art. 4 comma 2, della legge 53/2000 per gravi e documentati motivi familiari*". Pertanto, tutti i periodi fruiti a titolo di congedo e/o aspettativa, retribuiti e non, vanno contabilizzati nel periodo massimo concedibile di due anni.

c. frazionabilità

Il congedo in argomento può essere utilizzato continuativamente, anche per l'intera durata (o per la durata residua se già utilizzato in parte dallo stesso lavoratore o da altri familiari per lo stesso soggetto in stato di handicap grave), o frazionatamente, a patto che tra un periodo e un altro di congedo vi sia effettiva ripresa lavorativa. In mancanza di effettiva ripresa lavorativa tra un

periodo e un altro di congedo i giorni non lavorati, anche se festivi o non lavorativi (ad es. il sabato, in caso di settimana corta, o la domenica, non seguiti da effettivo rientro al lavoro) saranno d'ufficio considerati congedo straordinario.

Non è ammessa la frazionabilità a ore del congedo, che è giornaliero.

d. cumulabilità fra congedo straordinario e permessi ex art.33 legge n.104/92 (art. 42, c. 5-bis)

In applicazione del principio del "referente unico" per l'assistenza alla persona in stato di handicap grave, il congedo straordinario di cui si tratta, ai sensi del comma 5-bis del richiamato art.42, come pure i permessi retribuiti ex art.33 della legge 104/1992, non possono essere riconosciuti a più di un lavoratore per l'assistenza alla stessa persona.

Unica eccezione è prevista per i genitori che assistano il figlio con handicap grave i quali possono fruirne alternativamente (art. 42, comma 5-bis). In questa ipotesi l'altro genitore non può fruire negli stessi giorni né dei permessi retribuiti ex art.33 della legge 104/1992 né del prolungamento del congedo parentale previsto dall'articolo 33 medesimo.

e. retribuzione (art. 42, c. 5-ter)

L'art. 42, comma 5-ter, introdotto dal D. Lgs. n. 119/2011, stabilisce che per il periodo di congedo al richiedente spetta una indennità pari all'ultima retribuzione percepita con riferimento alle voci fisse e continuative. Lo stesso comma precisa, inoltre, che il periodo di congedo è coperto da contribuzione figurativa.

L'indennità e la contribuzione figurativa sono sottoposte a un limite complessivo annuo, per il 2014 pari a € 47.351,00= (Circolare I.N.P.S. n. 20/2014), che viene rivalutato annualmente sulla base della variazione dell'indice ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati.

f. ferie, tredicesima mensilità, TFR (art. 42, c. 5-quinquies)

L'art. 42, comma 5-quinquies, introdotto dal D. Lgs. n. 119/2011, precisa che la fruizione del congedo non consente né la maturazione delle ferie, né della tredicesima mensilità, né del Trattamento di Fine Rapporto (TFR).

Art. 7

Documentazione da allegare alla domanda

Il dipendente dovrà allegare alla domanda la seguente documentazione:

- certificazione in originale o copia conforme del Verbale della Commissione Medica A.S.L. che ha accertato la disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, Legge n. 104/1992 e ss.mm.ii.;
- copia del documento di identità del dichiarante e del disabile e copia del codice fiscale del disabile;
- certificato di residenza dell'assistito; in alternativa l'interessato ha facoltà di produrre una dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000;
- certificato di residenza del richiedente; in alternativa l'interessato ha facoltà di produrre una dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000;
- dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 che attesti di essere, nel nucleo familiare, l'unico soggetto Referente nell'assistenza al disabile (fatta eccezione per i genitori anche adottivi o affidatari di figli disabili).

La documentazione relativa a certificazioni e/o dichiarazioni, può essere prodotta in originale o in copia legale o autenticata ai sensi di legge ovvero autocertificata nei casi e nei limiti previsti dalla normativa vigente (D.P.R. 28/12/2000, n. 445 "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa").



Le dichiarazioni sostitutive di certificazioni e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà, sono sottoscritte e inviate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità, tra quelli previsti dal D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Art. 8

Obblighi del dipendente

Il dipendente è obbligato a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei requisiti previsti dal presente *Regolamento* e in particolare:

- il ricovero a tempo pieno del soggetto assistito;
- il mancato riconoscimento, in sede di revisione del giudizio, della situazione di gravità della condizione di disabilità;
- le modifiche dei periodi di permesso richiesti, producendo una nuova domanda che annulla e sostituisce la precedente;
- l'eventuale decesso del soggetto assistito.

E' comunque interesse e dovere del dipendente e dell'Azienda, nella gestione e nell'utilizzo del beneficio di cui sopra, agire secondo i principi di correttezza, buona fede e tempestività.

Art. 9

Discrezionalità dell'Azienda in merito al congedo

L'Amministrazione, entro 60 giorni dalla richiesta del congedo, in presenza di motivate esigenze organizzative, può concordare con il dipendente stesso di procrastinare la fruizione del congedo straordinario a un periodo successivo e determinato.

Art. 10

Doveri dell'Azienda

L'Ufficio Istruttore è tenuto a "verificare l'adeguatezza e la correttezza della documentazione presentata, chiedendone, se del caso, l'integrazione e a verificare l'attualità delle dichiarazioni sostitutive prodotte a supporto dell'*istanza*". L'Amministrazione procederà a effettuare idonei controlli, anche a campione, in merito alla veridicità delle dichiarazioni rese e "nel caso in cui dall'accertamento risultasse l'insussistenza dei presupposti per la legittima fruizione dei permessi, l'Amministrazione provvederà a revocare i benefici per effetto della decadenza". Nel caso in cui "a seguito degli accertamenti emergessero gli estremi di una responsabilità disciplinare del dipendente, l'Amministrazione procederà alla tempestiva contestazione degli addebiti per lo svolgimento del relativo procedimento e, se del caso, alla comunicazione alle autorità competenti delle ipotesi di reato" e a sottoporre il dipendente a conseguente procedimento disciplinare (Circolare Funzione Pubblica n. 13/2010).

Art. 11

Entrata in vigore

Il presente *Regolamento* entrerà in vigore dalla data di esecutività del provvedimento di recepimento.

Art. 12

Disposizioni finali e Norma di rinvio

Il presente "*Regolamento*" è adottato con Deliberazione del Direttore Generale e dal momento della sua entrata in vigore decadrà tutto quanto in contrasto con la nuova disciplina.

Inoltre, tutte le articolazioni della ASL preposte al rilascio delle autorizzazioni al congedo retribuito di cui all'art. 42, comma 5, del D. Lgs. n. 151/2001, utilizzeranno solo ed



esclusivamente la nuova modulistica allegata al presente "Regolamento" e uniformeranno il proprio *modus operandi* al dettato dello stesso.

Il "Regolamento" potrà essere oggetto di modificazioni e integrazioni solo con apposita Deliberazione del Direttore Generale.

Per tutto quanto non previsto e regolamentato nel presente "Regolamento" si rimanda alle Leggi e alla Normativa vigenti in materia.

ALLEGATI:

- Modello "I°" – *Congedo per assistere il coniuge portatore di handicap grave.*
- Modello "II°" – *Congedo per assistere il figlio/affidato portatore di handicap grave.*
- Modello "III°" – *Congedo per assistere il genitore portatore di handicap grave.*
- Modello "IV°" – *Congedo per assistere il fratello/sorella portatore di handicap grave.*
- Modello "V°" – *Congedo per assistere un parente/affine di 3° grado portatore di handicap grave.*

**CONGEDO PER ASSISTERE IL CONIUGE PORTATORE DI HANDICAP GRAVE
(Art. 42, comma 5, D. Lgs. 26 marzo 2001, n. 151)**

Al Direttore/Dirigente Amministrativo o Sanitario
Responsabile di Area/U.O./P.O./D.S.S./Dipartimento
Dott./Dott.ssa _____
Sede di _____

e, p. c. AI DIRETTORE
Area Gestione Risorse Umane
Azienda Sanitaria Locale BA
Ufficio Giuridico
Lungomare Starita, n. 6
70132 – B A R I

Il/la sottoscritt_ _____ (matricola n. _____), nat_ il
_____, residente a _____ (____) in Via/Piazza
_____ n°____, in servizio presso _____
Servizio/Settore _____, Sede
_____, tel. uff. _____, tel. ab. _____,
e-mail _____, con rapporto di lavoro: a tempo pieno
 a tempo parziale

CHIEDE

di usufruire del congedo per assistere il coniuge - **CONVIVENTE** - portatore di handicap in situazione di gravità (art. 42, comma 5, D.Lgs. 151/2001) e della relativa indennità per il seguente periodo:

dal _____ al _____ dal _____ al _____
dal _____ al _____ dal _____ al _____
dal _____ al _____ dal _____ al _____
dal _____ al _____ dal _____ al _____

Consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste

DICHIARA

(Barrare e compilare tutte le dichiarazioni)

- che il portatore di handicap, **CONVIVENTE**, per il quale si richiede il congedo straordinario, di nome _____ è nat_ a _____ (____), il ____/____/____, ed è residente a _____ in Via/Piazza _____, n° _____
- che il suddetto portatore di handicap è coniuge del sottoscritto
- di essere **CONVIVENTE** con il coniuge portatore di handicap
- che il coniuge non è ricoverato a tempo pieno è ricoverato a tempo pieno, ma è richiesta dai sanitari la mia presenza ***(allegare certificato struttura)***
- che il coniuge non è lavoratore lavora presso _____, ma non presterà attività lavorativa nei periodi di congedo richiesti

- che il coniuge è in stato di handicap in situazione di gravità (art. 3, comma 3, Legge 5 febbraio 1992, n. 104) accertato dalla competente Commissione ASL (art. 4, c. 1, L. 104/1992) di _____ in data ____/____/____
- che dalla data di emissione della certificazione di cui sopra, il giudizio sulla gravità dell'handicap non è stato revocato o modificato
- che i genitori e/o i fratelli del mio coniuge non hanno mai usufruito di giorni di congedo straordinario per la stessa persona in condizione di disabilità grave
- che i genitori e/o i fratelli del mio coniuge hanno usufruito di _____ giorni di congedo straordinario per la stessa persona in condizione di disabilità grave
- di aver già fruito del congedo retribuito oggetto della presente istanza per lo stesso soggetto:
- per giorni _____ in qualità di lavoratore dipendente dell'A.S.L. BA
- per giorni _____ in qualità di lavoratore dipendente presso _____
_____ dove ho prestato servizio prima dell'assunzione alla A.S.L. BA
- di aver già fruito di congedi **NON** retribuiti per "gravi e documentati motivi familiari" (art. 4, comma 2, Legge 8 marzo 2000, n. 53):
- per giorni _____ in qualità di lavoratore dipendente dell'A.S.L. BA
- per giorni _____ in qualità di lavoratore dipendente presso _____
_____ dove ho prestato servizio prima dell'assunzione alla A.S.L. BA
- che a nessun altro lavoratore è riconosciuto il diritto di fruire del congedo in argomento e dei permessi di cui all'art. 33, comma 3 della Legge 5 febbraio 1992, n. 104 per l'assistenza al coniuge del sottoscritto
- di impegnarsi a comunicare qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro 10 giorni dall'avvenuto cambiamento
- di essere consapevole che l'Amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false, potrà subire condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti.

DATA _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

La dichiarazione è sottoscritta in presenza del Funzionario/Dipendente addetto o presentata allegando una fotocopia non autenticata del documento di identità.

<p>Per presa visione Il Direttore/Dirigente Responsabile Area/U. O./P. O./D. S. S./Dipartimento</p>	<p>Data e Firma _____</p>
--	---

ALLEGATI

- Certificazione rilasciata dalla competente Commissione attestante la situazione di handicap grave
- Stato di famiglia o certificazione sostitutiva di atto di notorietà
- Documento di identità del sottoscritto
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà del coniuge
- Documento di identità del coniuge
- Altro: _____

INFORMATIVA (art. 13 D.Lgs. 196/2003)

L'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari informa che il trattamento a cui saranno sottoposti i dati richiesti o acquisiti è diretto esclusivamente all'assolvimento da parte dell'Azienda medesima delle finalità che le competono istituzionalmente, nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.° 445)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

residente a _____ in Via _____ n. _____

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. del 28 dicembre 2000, n. 445 sotto la propria responsabilità

DICHIARA QUANTO SEGUE:

- di essere coniuge CONVIVENTE del RICHIEDENTE Sig./Sig.ra _____
- di essere in condizione di disabilità grave (art. 3, comma 3, Legge 104/1992) accertata dalla commissione ASL di _____
- di non essere ricoverato a tempo pieno
- di non essere impegnato in attività lavorativa
- di essere assistito con carattere di sistematicità e adeguatezza dal coniuge richiedente
- di dare il proprio consenso al trattamento dei predetti dati.

Lì _____

Il Dichiarante

INFORMATIVA (art. 13 D.Lgs. 196/2003)

L'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari informa che il trattamento a cui saranno sottoposti i dati richiesti o acquisiti è diretto esclusivamente all'assolvimento da parte dell'Azienda medesima delle finalità che le competono istituzionalmente, nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003.

**CONGEDO PER ASSISTERE IL FIGLIO/AFFIDATO PORTATORE DI HANDICAP GRAVE
(Art. 42, comma 5, D.Lgs. 26 marzo 2001, n. 151)**

Al Direttore/Dirigente Amministrativo o Sanitario
Responsabile di Area/U.O./P.O./D.S.S./Dipartimento
Dott./Dott.ssa _____
Sede di _____

e, p. c. **AI DIRETTORE**
Area Gestione Risorse Umane
Azienda Sanitaria Locale BA
Ufficio Giuridico
Lungomare Starita, n. 6
70132 – B A R I

Il/la sottoscritt_ _____ (matricola n. _____), nat_ il
_____, residente a _____ (____) in Via/Piazza
_____ n° _____, in servizio presso _____
Servizio/Settore _____, Sede
_____, tel. uff. _____, tel. ab. _____,
e-mail _____, con rapporto di lavoro: a tempo pieno
 a tempo parziale

C H I E D E

di usufruire del congedo per assistere il figlio/affidato portatore di handicap in situazione di gravità
(art. 42, comma 5, D.Lgs. 151/2001) e della relativa indennità per il seguente periodo:

dal _____ al _____ dal _____ al _____
dal _____ al _____ dal _____ al _____
dal _____ al _____ dal _____ al _____
dal _____ al _____ dal _____ al _____

***Consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste per il caso di
dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste***

D I C H I A R A

(Barrare e compilare tutte le dichiarazioni)

DATI DEL FIGLIO O AFFIDATO PORTATORE DI HANDICAP GRAVE

che il portatore di handicap, per il quale si richiede il congedo straordinario, di nome
_____ è nat_ a _____ (____),
il ___/___/___, residente a _____, in Via/Piazza
_____, n° _____

che il suddetto portatore di handicap è per il sottoscritto:

- figlio naturale
- figlio adottivo (provvedimento n. _____ del ___/___/___ del Tribunale di _____)
- affidato (provvedimento n. _____ del ___/___/___ del Tribunale di _____)

- che il figlio/affidato non è ricoverato a tempo pieno è ricoverato a tempo pieno, ma è richiesta dai sanitari la mia presenza (**allegare certificato struttura**)
- che il figlio/affidato non è lavoratore
 lavora presso _____,
ma non presterà attività lavorativa nei periodi di congedo richiesti
- che il figlio/affidato è in stato di handicap in situazione di gravità (art. 3, comma 3, Legge 5 febbraio 1992, n. 104) accertato dalla competente Commissione (art. 4, c. 1, L. 104/1992) di _____ in data ____/____/____
- la certificazione rilasciata dalla suddetta Commissione attestante che il/la figlio/figlia è in situazione di handicap grave è
 definitiva
 provvisoria ed è valida fino al ____/____/____
- che dalla data di emissione della certificazione di cui sopra, il giudizio sulla gravità dell'handicap non è stato revocato o modificato
- che il coniuge _____ del portatore di handicap, nato a _____ il ____/____/____, è:
 deceduto
 mancante: **il disabile** **non è coniugato** **è divorziato (documentare)** **è separato legalmente (documentare)**
 affetto da patologia invalidante di cui all'art. 2, c.1, lett. d) del Decreto 21/7/2000, n. 278 (**presentare certificazione del medico specialista SSN**)

DATI DEL SOTTOSCRITTO (GENITORE O AFFIDATARIO RICHIEDENTE)

- di aver già fruito del congedo retribuito oggetto della presente istanza per lo stesso soggetto:
 per giorni _____ in qualità di lavoratore dipendente dell'A.S.L. BA
 per giorni _____ in qualità di lavoratore dipendente presso _____
dove ho prestato servizio prima dell'assunzione alla A.S.L. BA
- di aver già fruito di congedi NON retribuiti per "gravi e documentati motivi familiari" (art. 4, comma 2, Legge 8 marzo 2000, n. 53):
 per giorni _____ in qualità di lavoratore dipendente dell'A.S.L. BA
 per giorni _____ in qualità di lavoratore dipendente presso _____
dove ho prestato servizio prima dell'assunzione alla A.S.L. BA

DATI DELL'ALTRO GENITORE O AFFIDATARIO

- che l'altro genitore/affidatario _____ del portatore di handicap, nato a _____ il ____/____/____, è:
 deceduto
 mancante (genitore solo/affidamento esclusivo: **documentare**)
 non ha diritto a fruire del congedo in quanto è _____
 lavora presso (indicare datore lavoro e sede) _____
 non ha mai usufruito del congedo oggetto della presente istanza
 ha già usufruito di n. _____ giorni del congedo suddetto
 nei giorni di cui alla presente istanza non fruirà del permesso retribuito di cui alla Legge 5 febbraio 1992, n. 104

DATI ALTRI FAMILIARI

- che ad oggi altri lavoratore (ad esclusione dell'altro genitore/affidatario, per il quale valgono le dichiarazioni rese nel quadro precedente) per assistere il figlio/affidatario:
- non hanno mai usufruito del congedo oggetto della presente istanza
 - hanno già usufruito di n. _____ giorni del congedo suddetto (nome, cognome, rapporto di parentela fruitore)

_____ datore di lavoro e sede

- che a nessun altro lavoratore, ad eccezione dell'altro genitore/affidatario, è riconosciuto il diritto di fruire del congedo in argomento e dei permessi di cui all'art. 33, comma 3, della Legge 5 febbraio 1992, n. 104 per l'assistenza al portatore di handicap.

DATA _____ FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

La dichiarazione è sottoscritta in presenza del Funzionario/Dipendente addetto o presentata allegando una fotocopia non autenticata del documento di identità.

Per presa visione
Il Direttore/Dirigente Responsabile
Area/U. O./P. O./D. S. S./Dipartimento

Data e Firma

A L L E G A T I

- Certificazione rilasciata dalla competente Commissione attestante la situazione di handicap grave
- Stato di famiglia o certificazione sostitutiva di atto di notorietà
- Documento di identità del sottoscritto
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà del figlio/figlia
- Documento di identità del figlio
- Altro: _____

INFORMATIVA (art. 13 D.Lgs. 196/2003)

L'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari informa che il trattamento a cui saranno sottoposti i dati richiesti o acquisiti è diretto esclusivamente all'assolvimento da parte dell'Azienda medesima delle finalità che le competono istituzionalmente, nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.° 445)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

residente a _____ in Via _____ n. _____

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. del 28 dicembre 2000, n. 445 sotto la propria responsabilità

DICHIARA QUANTO SEGUE:

- di essere figlio/figlia convivente/NON convivente del RICHIEDENTE Sig./Sig.ra _____
- di essere in condizione di disabilità grave (art. 3, comma 3, Legge 104/1992) accertata dalla commissione ASL di _____
- di non essere ricoverato a tempo pieno
- di non essere impegnato in attività lavorativa
- di essere assistito con carattere di sistematicità e adeguatezza dal genitore richiedente
- di dare il proprio consenso al trattamento dei predetti dati.

Lì _____

Il Dichiarante

INFORMATIVA (art. 13 D.Lgs. 196/2003)

L'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari informa che il trattamento a cui saranno sottoposti i dati richiesti o acquisiti è diretto esclusivamente all'assolvimento da parte dell'Azienda medesima delle finalità che le competono istituzionalmente, nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003.

**CONGEDO PER ASSISTERE IL GENITORE PORTATORE DI HANDICAP GRAVE
(Art. 42, comma 5, D.Lgs. 26 marzo 2001, n. 151)**

Al Direttore/Dirigente Amministrativo o Sanitario
Responsabile di Area/U.O./P.O./D.S.S./Dipartimento
Dott./Dott.ssa _____
Sede di _____

e, p. c. **AL DIRETTORE**
Area Gestione Risorse Umane
Azienda Sanitaria Locale BA
Ufficio Giuridico
Lungomare Starita, n. 6
70132 – B A R I

Il/la sottoscritt_ _____ (matricola n. _____), nat_ il
_____, residente a _____ (____) in Via/Piazza
_____ n° _____, in servizio presso _____
Servizio/Settore _____, Sede
_____, tel. uff. _____, tel. ab. _____,
e-mail _____, con rapporto di lavoro: a tempo pieno
 a tempo parziale

CHIEDE

di usufruire del congedo straordinario spettante al figlio - **CONVIVENTE** - di persone in stato di handicap in situazione di gravità (art. 42, comma 5, D.Lgs. 151/2001) e della relativa indennità per il seguente periodo:

dal _____ al _____	dal _____ al _____
dal _____ al _____	dal _____ al _____
dal _____ al _____	dal _____ al _____
dal _____ al _____	dal _____ al _____

Consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste

DICHIARA

(Barrare e compilare tutte le dichiarazioni)

- che il portatore di handicap, **CONVIVENTE**, per il quale si richiede il congedo straordinario, di nome _____ è nat_ a _____ (____), il ____/____/_____, ed è residente a _____, in Via/Piazza _____, n° _____
- che il suddetto portatore di handicap è padre/madre **CONVIVENTE** del sottoscritto
- che mio/mia padre/madre non è ricoverato a tempo pieno è ricoverato a tempo pieno, ma è richiesta dai sanitari la mia presenza (***allegare certificato struttura***)
- che mio/mia padre/madre non è lavoratore
 lavora presso _____, ma non presterà attività lavorativa nei periodi di congedo richiesti

- che mio/mia padre/madre è in stato di handicap in situazione di gravità (art. 3, comma 3, Legge 5 febbraio 1992, n. 104) accertato dalla competente Commissione (art. 4, c. 1, L. 104/1992) di _____ in data ____/____/____
- che la certificazione rilasciata dalla suddetta Commissione attestante che mio/mia padre/madre è in situazione di handicap grave è
- definitiva
 - provvisoria ed è valida fino al ____/____/____
- che dalla data di emissione della certificazione di cui sopra, il giudizio sulla gravità dell'handicap non è stato revocato o modificato
- che mio/mia padre/madre disabile in situazione di gravità
- non è coniugato/a o non convive con il coniuge
 - è vedovo/a
 - è coniugato/a, ma il coniuge è affetto da patologia invalidante di cui all'art. 2, c.1, lett. d) del Decreto 21/7/2000, n. 278 (**presentare certificazione del medico specialista SSN**)
 - è stato/a coniugato/a, ma il coniuge è deceduto
 - è separato/a legalmente o divorziato (**presentare copia provvedimento di separazione o divorzio**)
 - è coniugato/a, ma in situazione di abbandono (**presentare copia documentazione della autorità giudiziaria o di altra pubblica autorità da cui risulti lo stato di abbandono**)

Dati del coniuge della personale disabile in situazione di gravità:

Cognome _____ Nome _____ nato/a il _____
 a _____ Prov. ____ Codice Fiscale _____

- che il padre del mio genitore disabile in situazione di gravità
- è deceduto
 - è affetto da patologia invalidante di cui all'art. 2, c.1, lett. d) del Decreto 21/7/2000, n. 278 (**presentare certificazione del medico specialista SSN**)
 - non ha riconosciuto il mio genitore disabile in situazione di gravità

Dati del padre della personale disabile in situazione di gravità:

Cognome _____ Nome _____ nato/a il _____
 a _____ Prov. ____ Codice Fiscale _____

- che la madre del mio genitore disabile in situazione di gravità
- è deceduta
 - è affetta da patologia invalidante di cui all'art. 2, c.1, lett. d) del Decreto 21/7/2000, n. 278 (**presentare certificazione del medico specialista SSN**)
 - non ha riconosciuto il mio genitore disabile in situazione di gravità

Dati della madre della personale disabile in situazione di gravità:

Cognome _____ Nome _____ nato/a il _____
 a _____ Prov. ____ Codice Fiscale _____

- di aver già fruito del congedo retribuito oggetto della presente istanza per lo stesso soggetto:
- per giorni _____ in qualità di lavoratore dipendente dell'A.S.L. BA
 - per giorni _____ in qualità di lavoratore dipendente presso _____, dove ho prestato servizio prima dell'assunzione alla A.S.L. BA

- di aver già fruito di congedi NON retribuiti per "gravi e documentati motivi familiari" (art. 4, comma 2, Legge 8 marzo 2000, n. 53):
- per giorni _____ in qualità di lavoratore dipendente dell'A.S.L. BA
 - per giorni _____ in qualità di lavoratore dipendente presso _____, dove ho prestato servizio prima dell'assunzione alla A.S.L. BA
- che ad oggi gli altri familiari del portatore di handicap in situazione di gravità, per assistere quest'ultimo:
- non hanno mai usufruito del congedo oggetto della presente istanza
 - hanno già usufruito di n. _____ giorni del congedo suddetto (nome, cognome, rapporto di parentela fruitore)

_____ datore di lavoro e sede

- che a nessun altro lavoratore è riconosciuto il diritto di fruire del congedo in argomento e dei permessi di cui all'art. 33, comma 3 della Legge 5 febbraio 1992, n. 104 per l'assistenza al portatore di handicap.

DATA _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

La dichiarazione è sottoscritta in presenza del Funzionario/Dipendente addetto o presentata allegando una fotocopia non autenticata del documento di identità.

<p>Per presa visione Il Direttore/Dirigente Responsabile Area/U. O./P. O./D. S. S./Dipartimento</p>	<p>Data e Firma _____</p>
--	---

ALLEGATI

- Certificazione rilasciata dalla competente Commissione attestante la situazione di handicap grave
- Stato di famiglia o certificazione sostitutiva di atto di notorietà
- Documento di identità del sottoscritto
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà del genitore
- Documento di identità del genitore
- Altro: _____

INFORMATIVA (art. 13 D.Lgs. 196/2003)

L'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari informa che il trattamento a cui saranno sottoposti i dati richiesti o acquisiti è diretto esclusivamente all'assolvimento da parte dell'Azienda medesima delle finalità che le competono istituzionalmente, nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.° 445)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

residente a _____ in Via _____ n. _____

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. del 28 dicembre 2000, n. 445 sotto la propria responsabilità

DICHIARA QUANTO SEGUE:

- di essere genitore **CONVIVENTE** del **RICHIEDENTE** Sig./Sig.ra _____
- di essere in condizione di disabilità grave (art. 3, comma 3, Legge 104/1992) accertata dalla commissione ASL di _____
- di non essere ricoverato a tempo pieno
- di non essere impegnato in attività lavorativa
- di essere assistito con carattere di sistematicità e adeguatezza dal figlio/figlia richiedente
- di dare il proprio consenso al trattamento dei predetti dati.

Lì _____

Il Dichiarante

INFORMATIVA (art. 13 D.Lgs. 196/2003)

L'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari informa che il trattamento a cui saranno sottoposti i dati richiesti o acquisiti è diretto esclusivamente all'assolvimento da parte dell'Azienda medesima delle finalità che le competono istituzionalmente, nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003.

**CONGEDO PER ASSISTERE IL FRATELLO/SORELLA PORTATORE DI HANDICAP GRAVE
(Art. 42, comma 5, D.Lgs. 26 marzo 2001, n. 151)**

Al Direttore/Dirigente Amministrativo o Sanitario
Responsabile di Area/U.O./P.O./D.S.S./Dipartimento
Dott./Dott.ssa _____
Sede di _____

e, p. c. **AL DIRETTORE**
Area Gestione Risorse Umane
Azienda Sanitaria Locale BA
Ufficio Giuridico
Lungomare Starita, n. 6
70132 – B A R I

Il/la sottoscritt_ _____ (matricola n. _____), nat_ il
_____, residente a _____ (____) in Via/Piazza
_____ n° _____, in servizio presso _____
Servizio/Settore _____, Sede
_____, tel. uff. _____, tel. ab. _____,
e-mail _____, con rapporto di lavoro: a tempo pieno
 a tempo parziale

CHIEDE

di usufruire del congedo per assistere il/la fratello/sorella - **CONVIVENTE** - portatore di handicap in situazione di gravità (art. 42, comma 5, D.Lgs. 151/2001) e della relativa indennità per il seguente periodo:

dal _____ al _____ dal _____ al _____
dal _____ al _____ dal _____ al _____
dal _____ al _____ dal _____ al _____

**Consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste per il caso di
dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste**

DICHIARA

(Barrare e compilare tutte le dichiarazioni)

- che il portatore di handicap, **CONVIVENTE**, per il quale si richiede il congedo straordinario, di nome _____ è nat_ a _____
(____), il ____/____/____, ed è residente a _____,
in Via/Piazza _____, n° _____
- che il suddetto portatore di handicap è il/la fratello/sorella del sottoscritto
- di essere **CONVIVENTE** con il/la fratello/sorella portatore di handicap
- che il/la fratello/sorella non è ricoverato a tempo pieno è ricoverato a tempo pieno, ma è richiesta dai sanitari la mia presenza **(allegare certificato struttura)**
- che il fratello/sorella non è lavoratore
 lavora presso _____,
ma non presterà attività lavorativa nei periodi di congedo richiesti

- che il/la fratello/sorella è in stato di handicap in situazione di gravità (art. 3, comma 3, Legge 5 febbraio 1992, n. 104) accertato dalla competente Commissione (art. 4, c. 1, L. 104/1992) di _____ in data ____/____/____
- la certificazione rilasciata dalla suddetta Commissione attestante che il/la fratello/sorella è in situazione di handicap grave è
- definitiva
 - provvisoria ed è valida fino al ____/____/____
- che dalla data di emissione della certificazione di cui sopra, il giudizio sulla gravità dell'handicap non è stato revocato o modificato
- che il coniuge _____ del portatore di handicap, nato a _____ il ____/____/____, è:
- deceduto
 - mancante: **il disabile** **non è coniugato** **è divorziato (documentare)** **è separato legalmente (documentare)**
 - affetto da patologia invalidante di cui all'art. 2, c.1, lett. d) del Decreto 21/7/2000, n. 278 **(presentare certificazione del medico specialista SSN)**
- che il padre _____ del portatore di handicap, nato a _____ il ____/____/____, è:
- deceduto
 - mancante : *(stato di figlio non riconosciuto, abbandono)*
 - affetto da patologia invalidante di cui all'art. 2, c.1, lett. d) del Decreto 21/7/2000, n. 278 **(presentare certificazione del medico specialista SSN)**
- che la madre _____ del portatore di handicap, nata a _____ il ____/____/____, è:
- deceduta
 - mancante *(stato di figlio non riconosciuto, abbandono)*
 - affetta da patologia invalidante di cui all'art. 2, c.1, lett. d) del Decreto 21/7/2000, n. 278 **(presentare certificazione del medico specialista SSN)**
- che i figli *(indicare nome, luogo e data di nascita)*
- _____
- _____
- _____
- del portatore di handicap sono:
- non conviventi
 - deceduti
 - mancanti
 - affetti da patologia invalidante di cui all'art. 2, c.1, lett. d) del Decreto 21/7/2000, n. 278 **(presentare certificazione del medico specialista SSN)**
- di aver già fruito del congedo retribuito oggetto della presente istanza per lo stesso soggetto:
- per giorni _____ in qualità di lavoratore dipendente dell'A.S.L. BA
 - per giorni _____ in qualità di lavoratore dipendente presso _____, dove ho prestato servizio prima dell'assunzione alla A.S.L. BA
- di aver già fruito di congedi **NON** retribuiti per "gravi e documentati motivi familiari" (art. 4, comma 2, Legge 8 marzo 2000, n. 53):
- per giorni _____ in qualità di lavoratore dipendente dell'A.S.L. BA
 - per giorni _____ in qualità di lavoratore dipendente presso _____, dove ho prestato servizio prima dell'assunzione alla A.S.L. BA

che ad oggi gli altri familiari del portatore di handicap in situazione di gravità, per assistere quest'ultimo:

- non hanno mai usufruito del congedo oggetto della presente istanza
- hanno già usufruito di n. _____ giorni del congedo suddetto
(nome, cognome, rapporto di parentela fruitore)

datore di lavoro e sede

che a nessun altro lavoratore è riconosciuto il diritto di fruire del congedo in argomento e dei permessi di cui all'art. 33, comma 3 della Legge 5 febbraio 1992, n. 104 per l'assistenza al/alla fratello/sorella del sottoscritto.

DATA _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

La dichiarazione è sottoscritta in presenza del Funzionario/Dipendente addetto o presentata allegando una fotocopia non autenticata del documento di identità.

**Per presa visione
Il Direttore/Dirigente Responsabile
Area/U. O./P. O./D. S. S./Dipartimento**

Data e Firma

ALLEGATI

- Certificazione rilasciata dalla competente Commissione attestante la situazione di handicap grave
- Stato di famiglia o certificazione sostitutiva di atto di notorietà
- Documento di identità del sottoscritto
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà del fratello/sorella
- Documento di identità del fratello/sorella
- Altro: _____

INFORMATIVA (art. 13 D.Lgs. 196/2003)

L'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari informa che il trattamento a cui saranno sottoposti i dati richiesti o acquisiti è diretto esclusivamente all'assolvimento da parte dell'Azienda medesima delle finalità che le competono istituzionalmente, nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.° 445)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

residente a _____ in Via _____ n. _____

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. del 28 dicembre 2000, n. 445 sotto la propria responsabilità

DICHIARA QUANTO SEGUE:

- di essere fratello/sorella **CONVIVENTE** del **RICHIEDENTE** Sig./Sig.ra _____
- di essere in condizione di disabilità grave (art. 3, comma 3, Legge 104/1992) accertata dalla commissione ASL di _____
- di non essere ricoverato a tempo pieno
- di non essere impegnato in attività lavorativa
- di essere assistito con carattere di sistematicità e adeguatezza dal fratello/sorella richiedente
- di dare il proprio consenso al trattamento dei predetti dati.

Lì _____

Il Dichiarante

INFORMATIVA (art. 13 D.Lgs. 196/2003)

L'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari informa che il trattamento a cui saranno sottoposti i dati richiesti o acquisiti è diretto esclusivamente all'assolvimento da parte dell'Azienda medesima delle finalità che le competono istituzionalmente, nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003.

**CONGEDO PER ASSISTERE UN PARENTE/AFFINE di 3° GRADO PORTATORE DI HANDICAP GRAVE
(Corte Costituzionale – Sentenza 18 Luglio 2013, n. 203)**

Al Direttore/Dirigente Amministrativo o Sanitario
Responsabile di Area/U.O./P.O./D.S.S./Dipartimento
Dott./Dott.ssa _____
Sede di _____

e, p. c. AI DIRETTORE
Area Gestione Risorse Umane
Azienda Sanitaria Locale BA
Ufficio Giuridico
Lungomare Starita, n. 6
70132 – B A R I

Il/la sottoscritt _____ (matricola n. _____), nat_ a _____ il _____, residente in _____ (____) alla Via/Piazza _____ n° _____, in servizio presso il Servizio/Settore/U.O. di _____, Sede _____,

con il Profilo Professionale di _____ tel. uff. _____, tel. ab. _____, e-mail _____, con rapporto di lavoro:

- a tempo pieno
 a tempo parziale

CHIEDE

di usufruire del congedo per assistere il/la parente/affine di terzo grado Sig./ra _____ - CONVIVENTE - portatore di handicap in situazione di gravità (art. 42, comma 5, D.Lgs. 151/2001) e della relativa indennità per il seguente periodo:

dal _____ al _____ dal _____ al _____
dal _____ al _____ dal _____ al _____
dal _____ al _____ dal _____ al _____
dal _____ al _____ dal _____ al _____

Consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste in caso di dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste,

D I C H I A R A

(barrare e compilare tutte le dichiarazioni)

- che il portatore di handicap, CONVIVENTE, per il quale si richiede il congedo straordinario, di nome _____ è nat_ a _____ (____), il ____/____/____, ed è residente a _____, in Via/Piazza _____, n° _____;
- che il suddetto portatore di handicap è parente/affine di terzo grado _____ (indicare/qualificare la parentela) del sottoscritto;
- di essere CONVIVENTE con il/la parente/affine di terzo grado, portatore di handicap, Sig./ra _____;
- che il/la parente/affine di terzo grado, portatore di handicap Sig./ra _____ non è ricoverato a tempo pieno è

ricoverato a tempo pieno, ma è richiesta dai sanitari la mia presenza (*allegare certificato della struttura*);

- che il parente/affine di terzo grado, portatore di handicap, Sig./ra _____
 non è lavoratore
 lavora presso _____, ma non presterà attività lavorativa nei periodi di congedo richiesti
- che il/la parente/affine di terzo grado _____ (indicare/qualificare la parentela) è in stato di handicap in situazione di gravità (art. 3, comma 3, Legge 5 febbraio 1992, n. 104) accertato dalla competente Commissione (art. 4, c. 1, L. 104/1992) di _____ in data ____/____/____
- la certificazione rilasciata dalla suddetta Commissione e attestante che il/la parente/affine di terzo grado _____ (indicare/qualificare la parentela) è in situazione di handicap grave è
 definitiva
 provvisoria ed è valida fino al ____/____/____
- che dalla data di emissione della certificazione di cui sopra, il giudizio sulla gravità dell'handicap non è stato revocato o modificato
- che il coniuge _____ del portatore di handicap, nato a _____ il ____/____/____, è:
 deceduto
 mancante: **il disabile** **non è coniugato** **è divorziato (documentare)** **è separato legalmente (documentare)**
 affetto da patologia invalidante di cui all'art. 2, c.1, lett. d) del Decreto 21/7/2000, n. 278 (*presentare certificazione del medico specialista SSN*)
- che il padre _____ del portatore di handicap, nato a _____ il ____/____/____, è:
 deceduto
 mancante : (*stato di figlio non riconosciuto, abbandono*)
 affetto da patologia invalidante di cui all'art. 2, c.1, lett. d) del Decreto 21/7/2000, n. 278 (*presentare certificazione del medico specialista SSN*)
- che la madre _____ del portatore di handicap, nata a _____ il ____/____/____, è:
 deceduta
 mancante (*stato di figlio non riconosciuto, abbandono*)
 affetta da patologia invalidante di cui all'art. 2, c.1, lett. d) del Decreto 21/7/2000, n. 278 (*presentare certificazione del medico specialista SSN*)
- che i figli (*indicare nome, luogo e data di nascita*)

- del portatore di handicap sono:
 non conviventi
 deceduti
 mancanti
 affetti da patologia invalidante di cui all'art. 2, c.1, lett. d) del Decreto 21/7/2000, n. 278 (*presentare certificazione del medico specialista SSN*)
- che i/le fratelli/sorelle (*indicare nome, luogo e data di nascita*)

del portatore di handicap sono:

- non conviventi
- deceduti
- mancanti
- affetti da patologia invalidante di cui all'art. 2, c.1, lett. d) del Decreto 21/7/2000, n. 278
(presentare certificazione del medico specialista SSN)

- di aver già fruito del congedo retribuito oggetto della presente istanza per lo stesso soggetto:
 - per giorni _____ in qualità di lavoratore dipendente dell'A.S.L. BA
 - per giorni _____ in qualità di lavoratore dipendente presso _____, dove ho prestato servizio prima dell'assunzione alla A.S.L. BA

- di aver già fruito di congedi NON retribuiti per "gravi e documentati motivi familiari" (art. 4, comma 2, Legge 8 marzo 2000, n. 53):
 - per giorni _____ in qualità di lavoratore dipendente dell'A.S.L. BA
 - per giorni _____ in qualità di lavoratore dipendente presso _____, dove ho prestato servizio prima dell'assunzione alla A.S.L. BA

- che ad oggi gli altri familiari del portatore di handicap in situazione di gravità, per assistere quest'ultimo:
 - non hanno mai usufruito del congedo oggetto della presente istanza
 - hanno già usufruito di n. _____ giorni del congedo suddetto
(indicare nome, cognome, rapporto di parentela del fruitore):

(indicare il datore di lavoro e la sede dell'Azienda):

- che a nessun altro lavoratore è riconosciuto il diritto di fruire del congedo in argomento e dei permessi di cui all'art. 33, comma 3 della Legge 5 febbraio 1992, n. 104 per l'assistenza al/alla parente/affine di terzo grado _____ (indicare/qualificare la parentela) del sottoscritto.

DATA _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

La dichiarazione è sottoscritta in presenza del Funzionario/Dipendente addetto o è presentata allegando una fotocopia non autenticata del documento di identità.

PER PRESA VISIONE	Timbro e Firma
DATA _____	_____
Il Direttore/Dirigente Responsabile Area/U. O./P. O./D. S. S./Dipartimento	_____

ALLEGATI

- Certificazione rilasciata dalla competente Commissione attestante la situazione di handicap grave
- Stato di famiglia o certificazione sostitutiva di atto di notorietà
- Documento di identità del sottoscritto

- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà del parente/affine di terzo grado
- Documento di identità del parente/affine di terzo grado
- Altro: _____

INFORMATIVA (art. 13 D.Lgs. 196/2003)

L'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari informa che il trattamento a cui saranno sottoposti i dati richiesti o acquisiti è diretto esclusivamente all'assolvimento da parte dell'Azienda medesima delle finalità che le competono istituzionalmente, nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.° 445)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

residente a _____ in Via _____ n. _____

**consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di
dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. del
28 dicembre 2000, n. 445 sotto la propria responsabilità**

DICHIARA QUANTO SEGUE:

- di essere parente/affine di terzo grado _____ (indicare/qualificare la parentela) CONVIVENTE del RICHIEDENTE Sig./Sig.ra _____
- di essere in condizione di disabilità grave (art. 3, comma 3, Legge 104/1992) accertata dalla commissione ASL di _____
- di non essere ricoverato a tempo pieno
- di non essere impegnato in attività lavorativa
- di essere assistito con carattere di sistematicità e adeguatezza dal parente/affine di terzo grado richiedente
- di dare il proprio consenso al trattamento dei predetti dati.

Li _____

Il Dichiarante

INFORMATIVA (art. 13 D.Lgs. 196/2003)

L'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari informa che il trattamento a cui saranno sottoposti i dati richiesti o acquisiti è diretto esclusivamente all'assolvimento da parte dell'Azienda medesima delle finalità che le competono istituzionalmente, nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003.

Parere del Direttore Amministrativo

Gianluca CAPOCHIANI

Il Segretario
Giuseppe COLELLA

Parere del Direttore Sanitario

Silvana FORNELLI

Il Direttore Generale
Vito MONTANARI

**Area Gestione Risorse Finanziarie
Esercizio 2015**

La spesa relativa al presente provvedimento è stata registrata sui seguenti conti:

Conto economico n. _____ per € _____

Conto economico n. _____ per € _____

Conto economico n. _____ per € _____

.....
(rigo da utilizzare per indicare finanziamenti a destinazione vincolata)

Il Funzionario

Il Dirigente dell' Area

.....

.....

SERVIZIO ALBO PRETORIO

Pubblicazione n. **63**.....

Si attesta che la presente deliberazione è stata pubblicata sul sito Web di questa ASL

BA in data..... **5 GIU. 2015**

- 5 GIU. 2015

Bari:

L'Addetto all' Albo Pretorio on line

Ai sensi della vigente normativa, la presente deliberazione – con nota n. del è stata/non è stata trasmessa alla Regione Puglia per gli adempimenti di competenza.