



Città di Modica

**DETERMINAZIONE DEL RESPONSABILE
Settore XI**

n. 1350 del 04 MAG. 2021

OGGETTO: Dipendente Sig. Iemmolo Cesare. Autorizzazione Benefici L.104/92.

IL RESPONSABILE DEL XI SETTORE

Premesso che con istanza assunta agli atti del Comune prot. n. 20234 del 30.04.2021, che si allega in copia, il dipendente sig. Iemmolo Cesare nato a Modica (RG) il 04.11.1966 Cat. C/1 profilo "Geometra", in atto in servizio presso il VII Settore, chiede di fruire dei 3 giorni mensili o di 18 ore mensili di permesso retribuito previsti dal citato comma 3°, art. 33, della legge n.104/92 per assistere il proprio suocero in situazione di gravità, per i motivi meglio indicati nella documentazione acquisita agli atti d'ufficio;

Considerato che il 3° comma dell'art. 33 della legge 5.2.1992 n. 104 e succ. mod. ed integrazioni, prevede per il lavoratore che assiste parenti e affini entro il 2° grado, portatori di handicap, in situazione di gravità, il diritto a fruire, anche in maniera continuativa fino a 3 giorni di permesso retribuito mensile, a condizione che, il parente portatore di handicap in situazione di gravità non sia ricoverato a tempo pieno;

Dato atto che, per quanto disposto dall'art. 33 del CCNL Comparto Regioni-Enti Locali del 21.05.2018, le assenze dal servizio dovute alla fruizione dei permessi di cui in parola, non riducono le ferie e possono essere fruiti anche ad ore, nel limite massimo di 18 ore mensili;

Rilevato che, dalla documentazione prodotta dal dipendente Sig. Iemmolo Cesare, si evince che nessun altro familiare può assistere il congiunto;

Ritenuto, pertanto, poter autorizzare il dipendente sopramenzionato a fruire dei previsti gg. 3 o di 18 ore mensili di permesso retribuito;

Vista la L.r. 48/91

Visto L'O.R.E.L.

Vista la L.104/92

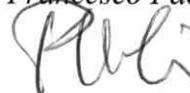
DETERMINA

1. Di autorizzare il dipendente Sig. Iemmolo Cesare, nato a Modica (RG) il 04.11.1966 Cat. C/1 profilo "Geometra", a poter fruire dei 3 giorni mensili o di 18 ore mensili di permesso retribuito previsti dal citato comma 3°, art. 33, della legge n.104/92, per assistere il proprio suocero in situazione di gravità, per i motivi meglio indicati nella documentazione acquisita agli atti d'ufficio.
2. Di dare atto che dalla documentazione prodotta dal dipendente sopracitato, si evince che nessun altro familiare può assistere il congiunto.
3. Di demandare all' Ufficio Personale l'adozione di tutti gli atti esecutivi del presente provvedimento.
4. Di fare carico al dipendente di comunicare tempestivamente, in forma scritta, all'Ufficio Personale ogni eventuale mutamento delle condizioni e situazioni dichiarate per la concessione del beneficio richiesto.
5. Di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul sito web dell'Ente e trasmetterlo all'interessato, al responsabile P.O. del VII settore e all'Ufficio Personale per la necessaria ed opportuna conoscenza.
6. Di dichiarare ai sensi dell'art.6 par. "Conflitto di interessi del vigente PTCP", che lo scrivente e l'istruttore della proposta, sono in assenza di conflitto di interessi, di cui all'art.6 bis della L.r. 241/1990, come introdotto dall'art.1, comma 41, della Legge 190/2012.

L'istruttore Amministrativo
Concita Bello



Il Responsabile P.O. dell'XI Settore
Ing. Francesco Paolino



20234

20 APR. 2021

Al Responsabile P.O. XI Settore

OGGETTO: Richiesta benefici art.33 legge n. 104 del 05.02.1992.
(Coniugi – Figli maggiorenni – Parenti – Affini)

Il / la sottoscritto/a ZEMMOLO CESARE nato/a MOMENA
il 04.11.1966 residente in MOMENA prov. RAGUSA
via VANELLA 21 N 3 CF MMLSR66S04F258L dipendente di
cat. C prof. professionale GEOMETRA con rapporto a tempo pieno /
part – time, presso l'Ufficio SUAP Settore VII

CHIEDE

Di poter fruire dei benefici previsti dall'art. 33 della legge n. 104 del 05.02.1992 per prestare assistenza a (dati della persona con Handicap grave):

Signor/ra MINAROLO CARMELO nato/a a MOMENA
il 17.08.1939 residente in MOMENA via S. ANDREA N. 122
CF MNREML39M14F258A

Relazione di parentela:

- Figlio/a maggiorenne
- Figlio/a maggiorenne adottato – numero provvedimento adozione/affidamento _____
rilasciato dal Tribunale di _____ il _____

Parente o affine entro il 2° grado (specificare rapporto parentela) SUOCERO

- Convivente con il/la richiedente
- Non convivente con il/la richiedente e residente all'indirizzo sopra indicato

Portatore di handicap grave, accertato dalla ASP di MOMENA in data 1/7/2019

- Non rivedibile
- Rivedibile entro il _____

Non ricoverato/a a tempo pieno

Il portatore di handicap è dipendente pubblico - NO

DICHIARA

Ai sensi degli articoli n.46 e n.47 del DPR 28 dicembre 2000 n.445, consapevoli delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci evi indicate

- Che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap

- Che l'altro genitore beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di tre giorni o 18 ore complessivi tra i due genitori

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE:

- Certificato rilasciato dalla Competente commissione ASP attestante lo stato di gravità dell'handicap
- Copia fotostatica di un documento di riconoscimento

In caso di adozione:

- Nazionale: copia del provvedimento di adozione / affidamento e copia del documento rilasciato dall'autorità competente da cui risulta la data dell'effettivo ingresso del bambino in famiglia
- Internazionale: certificato dell'ente autorizzato da cui risulti l'adozione o affidamento da parte del giudice straniero, l'avvio del procedimento di convalida presso il giudice italiano e la data di inserimento del minore presso i coniugi affidatari o i genitori adottivi
- Dichiarazione dell'assistito con indicazione della scelta dell'unico lavoratore titolare dei benefici legge 104/92

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara che le notizie fornite rispondono a verità. Inoltre, dichiara di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione. Infine, dichiara di aver preso atto delle modalità e condizioni riportate nell'allegato modello sottoscritto per accettazione.

Si impegna a presentare il Certificato della Commissione ASP ed a comunicare entro tempestivamente dall'avvenuto cambiamento le eventuali variazioni delle notizie fornite e delle situazioni autocertificate con la presente, in particolare:

- l'eventuale ricovero del portatore di handicap presso istituti specializzati
- la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASP
- l'eventuale variazione delle modalità di fruizione dei permessi richiesti
- la fruizione di permessi, per lo stesso portatore di handicap, da parte di altri familiari

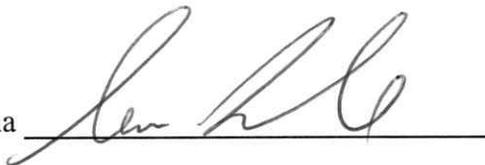
Preso atto dell'informativa fornita ai sensi dell'art.10 della legge 31.12.1996 n. 675, acconsente, qualora necessario all'istruzione, alla definizione e alla comunicazione inerente la richiesta:

1. al trattamento di eventuali dati sensibili
2. al trasferimento dei propri dati personali e sensibili all'estero
3. alla comunicazione dei propri dati personali sensibili ai soggetti che gestiscono servizi informatici, di postalizzazione e archiviazione e al trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti
4. alla comunicazione dei propri dati sensibili, ai fini diversi da quelli connessi alla presente richiesta, ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.

Modica,

30/04/2021

Firma



Domanda di permessi per l'assistenza ai familiari in condizione di disabilità grave

Per ottenere i permessi, oltre a possedere i requisiti di legge, è necessario compilare il modulo in ogni sua parte e presentato all'ufficio protocollo in triplice copia di cui una sarà restituita protocollata al lavoratore.

L'Ufficio gestione del Personale invierà al lavoratore ed al Dirigente/datore di lavoro il provvedimento di concessione o di diniego dei permessi.

Requisiti del familiare da assistere

Il familiare da assistere deve essere nella condizione di disabilità grave (art.3, comma 3, legge 104/1992) o di grande invalido di guerra o equiparato

- La condizione di disabilità grave deve essere accertata dalla competente Commissione ASP. La sindrome di Down può essere accertata anche dal medico di base che rilascerà la relativa certificazione su presentazione del "cariotipo". La documentazione, rilasciata dalla Commissione ASP o dal medico di base deve essere allegata al modulo di domanda.
- La condizione di grande invalido di guerra o equiparato può risultare anche dal decreto di concessione rilasciato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, in cui deve essere oscurata la parte relativa alla diagnosi, o dalla copia dell'attestato di pensione.

Le persone da assistere, inoltre, non devono essere ricoverate a tempo pieno.

A chi spetta

I permessi spettano ai genitori, anche adottivi o affidatari, al coniuge, parenti o affini entro il secondo grado, purchè abbiano un rapporto di lavoro dipendente in corso, coperto da assicurazione Inps per le prestazioni di maternità.

Se entrambi i genitori sono lavoratori dipendenti, i permessi spettano anche alternativamente. Nel caso in cui il genitore richiedente non conviva con il disabile, è necessario dichiarare l'assistenza sistematica ed adeguata al disabile in via esclusiva e continuativa.

Se il richiedente è il coniuge o altro familiare va dichiarata anche in caso di convivenza un'assistenza sistematica e adeguata al disabile.

I permessi spettano a condizione che l'assistenza sia prestata in via esclusiva e continuativa.

Cosa spetta

Spettano tre giorni o 18 ore di permesso mensili. I permessi non usufruiti in un mese non possono essere cumulati nei mesi successivi. Nel caso in cui il richiedente abbia un rapporto di lavoro in part-time verticale, le giornate o le ore di permesso vengono proporzionalmente ridotte. Per i permessi spetta un'indennità corrispondente all'intero ammontare della retribuzione relativa ai periodi di permesso.

Dati, informazioni e dichiarazioni indispensabili (art. 1 comma 783 Legge 296/2006)

- Dati anagrafici del richiedente
- Rapporto di parentela, affidamento o affinità con il disabile

- Dati anagrafici del disabile
- Convivenza con il disabile
- Rapporto di lavoro in corso
- Sistematicità ed adeguatezza dell'assistenza
- Non ricovero a tempo pieno

Documenti da allegare

- Documentazione rilasciata dalla Commissione ASP per la disabilità grave o dal medico di base per la sindrome di Down
- Per gli invalidi di guerra ed equiparati deve essere allegata copia dell'attestato di pensione o del decreto di concessione rilasciato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Decorrenza e durata

Il provvedimento di accoglimento non ha limiti temporali di validità ad eccezione del provvedimento emanato a seguito di riconoscimento temporaneo della disabilità grave. I periodi possono essere richiesti solo per i periodi successivi alla presentazione della domanda.

Durante il periodo di fruizione dei permessi giornalieri gli altri familiari non possono usufruire del congedo straordinario (art.42 comma 5 decreto Lgs. 151/2001) per la persona con disabilità grave.

Quando il disabile è impossibilitato alla firma

Nel caso in cui il disabile sia impossibilitato a firmare e sia soggetto a tutela, a cura o ad amministratore di sostegno, le dichiarazioni devono essere sottoscritte rispettivamente dal tutore, dall'interessato con assistenza del curatore, o dall'amministratore di sostegno. La dichiarazione di chi si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute, è sostituita da quella resa dal coniuge, o in sua assenza dai figli o in mancanza di questi, da altro parente in linea diretta o collaterale fino al secondo grado di parentela.

Comunicazione di variazione

E' obbligatorio che il richiedente comunichi tempestivamente le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni dichiarate in questo modulo e in particolare:

- Il ricovero a tempo pieno della persona in condizione di handicap grave
- La revisione del giudizio di gravità della condizione dell'handicap da parte della Commissione ASP o la cessazione della validità del riconoscimento dell'handicap grave
- Le modifiche ai periodi richiesti(in questo caso dovrà presentare domanda di modifica che annulla e sostituisce quella consegnata in precedenza)
- L'utilizzo di permessi da parte di altri familiari per lo stesso disabile
- Il decesso del disabile



firma per accettazione

SERVIZIO FINANZIARIO

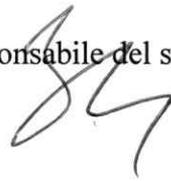
ATTESTAZIONE DELLA COPERTURA FINANZIARIA DELLA SPESA

Si attesta, ai sensi dell'art. 153, comma 5, del D.Lgs. n. 267/2000, la copertura finanziaria della spesa in relazione alle disponibilità effettive esistenti negli stanziamenti di spesa e/o in relazione allo stato di realizzazione degli accertamenti di entrata vincolata, mediante l'assunzione dei seguenti impegni contabili, regolarmente registrati ai sensi dell'art. 191, comma 1, del D.Lgs. 18 agosto 2000, n. 267:

Impegno	Data	Importo	Intervento/Capitolo	Esercizio

Modica, _____

Il Responsabile del servizio finanziario



Con il suddetto visto di regolarità contabile attestante la copertura finanziaria, il presente provvedimento è esecutivo, ai sensi dell'art. 151, comma 4, del d.Lgs. 18 agosto 2000, n. 267.

VISTO PER LA LIQUIDAZIONE

Visto per i controlli e riscontri amministrativi, contabili e fiscali sulle liquidazioni di cui al presente provvedimento, ai sensi dell'art. 184, comma 4, del D.L.vo 267/2000.

Modica, _____

Il Responsabile del Servizio Finanziario

PUBBLICAZIONE

La presente determinazione è pubblicata all'Albo Pretorio online del Comune di Modica, per gg.15 dal 6 MAG 2021 al 21 MAG 2021, ed è repertoriata nel registro delle pubblicazioni al n. _____.

Modica, _____

Il Responsabile della pubblicazione