



Città di Modica

**DETERMINAZIONE DEL
SEGRETARIO GENERALE**

n. 3938 del 29 NOV. 2022

OGGETTO: Dipendente Sig. Bellaera Michele Autorizzazione Benefici L.104/92.

IL SEGRETARIO GENERALE

Premesso che con istanza assunta agli atti del Comune prot. n. 58322 del 28.11.2022, che si allega in copia, il dipendente sig. Bellaera Michele nato a Modica (RG) il 03.12.1960 Cat. B /3 profilo "Disinfestatore", in atto in servizio presso il Settore VIII, 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 la propria madre 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. Bellaera Michele, si evince che nessun altro familiare può assistere la congiunta;

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

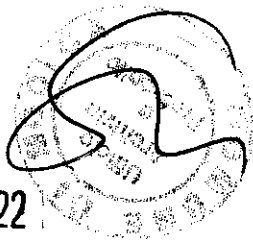
DETERMINA

1. Di autorizzare il dipendente Sig. Bellaera Michele, nato a Modica (RG) il 03.12.1960 Cat. B/3 profilo "Disinfestatore", 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 la propria madre 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 la congiunta.
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 Settore VIII 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
Concetta Maltese

Il Segretario Generale
Dott. Giampiero Bella

PROT. N. 58322



Al Segretario Generale

28 NOV. 2022

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

Il / la sottoscritto/a BEZZAERA MICHELE nato/a MODICA
il 03/12/1960 residente in MODICA prov. (RG)
via CACI/LE ARTISIANA 1100 182 CF B22MH260T03258 V dipendente di
cat. B/3 prof. professionale DISINFESTATORI con rapporto a tempo pieno /
~~part-time~~, presso l'Ufficio ANAGRAFE CIVILIA 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 MORINA CONCETTA nato/a a SCICLI
il 15/05/1936 residente in MODICA via P/22A LIBERTÀ 4
CF MRHCC236E55I535A

Relazione di parentela:

☒ Figlio/a maggiorenni

- Figlio/a maggiorenni adottato - numero provvedimento adozione/affidamento _____
rilasciato dal Tribunale di _____ il _____
- Parente o affine entro il 2° grado (specificare rapporto parentela) _____
- 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 _____ in data _____

- Non rivedibile
- Rivedibile entro il _____
- Non ricoverato/a a tempo pieno

Il portatore di handicap è dipendente pubblico SI - 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:

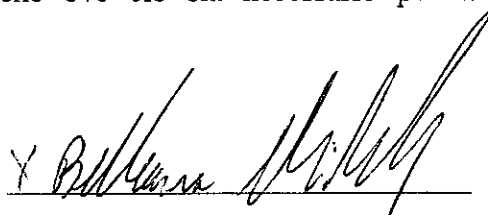
- l'eventuale ricovero del portatore di handicap presso istituti specializzati
- la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASP
- l'eventuale variazione delle modalità di fruizione dei permessi richiesti
- la fruizione di permessi, per lo stesso portatore di handicap,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

Firma



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 29 NOV. 2022 al 14 DIC. 2022, ed è repertoriata nel registro delle pubblicazioni al n. _____.

Modica, _____

Il Responsabile della pubblicazione