



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CATANZARO



REGIONE CALABRIA

U.O.C. Gestione Risorse Umane

A tutti i dipendenti del Comparto Sanità
Ai GG.RR.PP.
All'incarico di funzione di organizzazione
Sig.ra Teresa Pugliese
Dott.ssa Cinzia Lanatà

Sig. Cesare Cristofaro
Sig.ra Eugenia Pileggi
Sig.ra Maria Rosa De Munda

OGGETTO: Riferimento nota prot. 48531 del 02/05/2023, art.52 CCNL 2019-2021 fruizione permessi di L. 5 febbraio 1992, n. 104

In riferimento alla nota in oggetto emarginata, si ritiene opportuno chiarire che la modulistica allegata deve essere compilata da tutti i dipendenti, anche da parte di coloro che già usufruiscono di tale beneficio di legge. Nella domanda deve essere indicata la modalità di fruizione. Ad ogni dipendente sarà abilitata nella procedura di rilevazione delle presenze, esclusivamente dal Sig. Cesare Cristofaro, l'inserimento della causale corrisponde all'istanza avanzata. Sarà cura dei singoli GRP inserire nella procedura le singole giornate/ore di assenza.

Eventuali mutamenti di orario e/o di giorni, nonché l'avvenuta cessazione dei benefici di legge nel corso dell'anno, devono essere comunicati tempestivamente all'ufficio scrivente che provvederà all'immediata variazione.

L'istanza avanzata avrà valore sino a quando non vengano comunicate variazioni nelle modalità di fruizione dei predetti permessi, nella nomina del referente e o nella cessazione del benefici.

I dipendenti, che chiedano di usufruire dei benefici di legge per la prima volta, dovranno anch'essi compilare l'apposito modello allegato alla presente e attenersi a quanto specificato nella nota prot. 48531 del 02/05/2023. Entro il 31/05/2023 tutti i dipendenti interessati dovranno presentare la modulistica allegata presso gli Uffici della scrivente UO.

A far data dal 15/06/2023 le causali C-12 (*giustificativo per assenza giornaliera*); C-13 (*giustificativo per assenza oraria*), C-15 (*giustificativo per assenza giornaliera per due familiari*) C-15A (*giustificativo per assenza oraria per due familiari*) saranno visibili solo ed esclusivamente per i dipendenti che sono stati autorizzati a fruire dei benefici della L. 104/1992.

Cordiali saluti

Il Direttore U.O.C. GRU
Dott.ssa Viviana Marasco

Via V. Cortese, 25 – 88100 – Catanzaro P.iva 02865540799
pec: gestionerisorseumane@pec.asp.cz.it

Al Direttore UOC GRU
ASP CATANZARO

OGGETTO: DOMANDA DI PERMESSI PER L'ASSISTENZA A FAMILIARI DISABILI INSITUAZIONE DI GRAVITÀ (art.33, comma 3 legge n.104/1992)

Il/La sottoscritto/a..... nato/a il/...../..... a (prov.) CF. residente a Via/Piazza n..... Tel., profilo professionale, con contratto di lavoro a tempo indeterminato/determinato (barrare la voce che non interessa), in servizio presso l'U.O in applicazione dell'art. 33, comma 3, della Legge 5/2/1992, n. 104, come sostituito dall'art. 3, comma 1, lett. b), n. 2), D.Lgs. 30 giugno 2022, n. 105.

CHIEDE

Di fruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, della L. 104/92:

- ☐ a giorni (n. 3 giorni mensili) ☐ a giorni ed ad ore (max n. 18 ore mensili totali)
☐ a ore (n. 18 ore mensili)

per poter assistere il/la Sig./Sig.ra (nome e cognome disabile) nato/a a il/...../..... C.F..... e residente a in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla Commissione (art. 4, comma 1, della Legge n.104/1992) di..... del..... dipendente presso (compilare solo in caso in cui il disabile sia dipendente pubblico) indicare sede di lavoro

A tal fine, **consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia**, dichiara che:

1. Di essere nella seguente relazione di parentela con la persona disabile in situazione di gravità:

- ☐ padre; ☐ madre; ☐ fratello; ☐ sorella; ☐ figlio; ☐ coniuge; ☐ convivente di fatto;
☐ parente/affine entro il II grado; ☐ parente/affine entro il III grado; ☐ unito/a civilmente

2. Che il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela /affinità di 3° grado:

- ☐ non è coniugato/a;
☐ è vedovo/a;
☐ è coniugato/a ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
☐ è coniugato/a ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;

- ☐ è stato coniugato/a ma il coniuge è deceduto;
- ☐ è separato/a legalmente o divorziato;
- ☐ è coniugato/a ma in situazione di abbandono;
- ☐ ha uno o entrambi i genitori deceduti,
- ☐ ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
- ☐ ha uno o entrambi genitori affetti da patologia invalidante.

Inoltre dichiara:

- ☐ di **essere il referente unico** quale punto di riferimento di tutta l'attività di assistenza al disabile e nessun' altro soggetto beneficia dei permessi per la stessa persona in situazione di disabilità grave;
- ☐ di **non essere il referente unico**, pertanto usufruirà dei permessi per l'attività di assistenza al disabile, alternativamente al/ai seguente/i avente/i diritto:

a. nome..... cognome
 data/...../..... luogo nascita..... in servizio presso
 (indicare struttura lavorativa e recapiti) tel.
 mail.....

b. nome.....cognome data
/...../..... luogo nascita..... in servizio presso (indicare
 struttura lavorativa e recapiti) tel.
 mail.....

1. di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
2. di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano per l'effettiva tutela dei disabili;
3. che il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno, con le eccezioni previste al punto 3 della circolare del 3 dicembre 2010 n. 155;
4. di non prestare assistenza nei confronti di più persone in situazione di handicap grave, secondo quanto previsto dall'art. 1, c. 6 del D.Lgs. n. 119 del 2011;
5. di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno).

Si allega:

1. copia certificato ASP competente, attestante lo stato di "disabilità grave" in capo al soggetto che necessita di assistenza, ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92;
2. dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave - ovvero del suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina) - nella quale viene indicato il familiare che debba prestare l'assistenza prevista dai termini di legge.
3. autodichiarazioni a supporto del ruolo di Referente unico o non Referente unico;
4. dichiarazione dell'altra persona che beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave, alternativamente al sottoscritto/a, nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i beneficiari;
5. fotocopia documento di identità in corso di validità.

Luogo e Data

Firma del dipendente

.....