



Consorzio ASI in Liquidazione
Gestione Separata IRSAP di Caltanissetta

ISTITUTO REGIONALE PER LO SVILUPPO DELLE
ATTIVITA' PRODUTTIVE
Ente Pubblico non Economico
L.R. 8/2012

DETERMINAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 23/k del 12 FEB. 2015

OGGETTO: Concessione benefici L. 104/92 art.33 comma 3 per assistere un familiare portatore di handicap grave alla dipendente a tempo indeterminato Falzone Michelina per l'anno 2015

Il Responsabile dell'Ufficio Periferico

- **VISTA** la legge regionale n. 8 del 12-01-2012 istitutiva dell'Istituto Regionale per lo Sviluppo delle Attività Produttive (I.R.S.A.P.);
- **VISTA** l'art. 64 della l.r. 15/05/2013 n. 9 del 15/05/2013, con il quale sono state emanate norme di interpretazione autentica del comma 8 dell'art. 19 della legge regionale n. 8/2012;
- **VISTO** lo Statuto dell'IRSAP;
- **VISTA**, la deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 2 del 22/01/2015 con la quale, ai sensi dell'art. 19 del vigente Statuto dell'IRSAP, su proposta del Presidente, il dr. Ferdinando Scillia in servizio presso l'IRSAP con qualifica di Dirigente di seconda fascia del ruolo dei dirigenti a tempo indeterminato del Consorzio A.S.I. di Enna in Liquidazione, è stato nominato per lo svolgimento delle funzioni di Vice Direttore Generale dell'IRSAP, fino alla nomina ed insediamento del nuovo Direttore Generale;
- **VISTA** la nota del Direttore Generale dell'I.R.S.A.P. – Gestione Separata di Caltanissetta- Prot. n. 233 del 29-01-2013, con la quale, tra l'altro, si sottolinea che gli atti istruttori, oltre ad essere sottoscritti dal funzionario responsabile, saranno controfirmati dal funzionario direttivo ing. Salvatore Giammusso, o dal funzionario direttivo sig.ra Maria Cristina Dirocco, a seconda che trattasi di materia tecnica o amministrativa, in segno di condivisione della proposta formulata al Direttore Generale;
- **VISTA** la L.104/92, art.33, comma 3, che prevede che il lavoratore che assiste una persona con handicap in situazione di gravità parente o affine entro il terzo grado ha diritto a tre giorni di permesso mensile a condizioni che la persona con handicap in situazione di gravità non sia ricoverata a tempo pieno;



**Consorzio A.S.I. in Liquidazione
Gestione Separata IRSAP di Caltanissetta**

ISTITUTO REGIONALE PER LO SVILUPPO DELLE
ATTIVITA' PRODUTTIVE
Ente Pubblico non Economico
L.R. 8/2012

- **VISTA** la legge 4 novembre 2010, n.183 pubblicata sulla GURI del 9 novembre 2010, n.262, che interviene, all'art.24, sul regime dei permessi di cui alla legge 104/92;
- **VISTA** la circolare Prot/G/2010/194963 del 21/12/2010 del Dipartimento Regionale della Funzione Pubblica e del Personale – Servizio 1 – Gestione giuridica del Personale regionale in servizio, trasmessa a questo Consorzio con nota dell'Assessorato regionale delle Attività Produttive prot. n.310/11/032 del 4/1/2011, che fornisce le prime indicazioni sull'applicazione della legge n.183/2010;
- **VISTA** la richiesta, conforme agli schemi trasmessi dall'Assessorato regionale delle Attività Produttive, prodotta dalla sig.ra Falzone Michelina, dipendente a tempo indeterminato in servizio presso questo Consorzio, tendente ad ottenere i benefici di cui alla L.104/92, art.33, comma 3, per potere assistere la propria madre, la quale trovasi in condizione di handicap grave al 100%, come rilevasi dalla copia del certificato medico rilasciato dalla competente Commissione Sanitaria allegata alla su citata richiesta, portatrice di handicap grave;

CONSIDERATO che la dipendente a tempo indeterminato sig.ra Falzone Michelina rientra tra i soggetti legittimati a fruire dei permessi di cui al comma 3 dell'art.33 della legge 104/92, anche nella sua nuova formulazione, in quanto parente di 1° grado della persona con handicap in situazione di gravità. che non possiede né coniuge, né genitori;

RITENUTO di dovere concedere alla sig.ra Falzone Michelina, dipendente a tempo indeterminato in servizio presso questo Consorzio, i permessi previsti dalla L.104/92, art.33, comma3.

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

- Concedere, per l'anno 2015, alla sig.ra Falzone Michelina, dipendente a tempo indeterminato in servizio presso questo Consorzio i permessi previsti dalla L.104/92, art.33, comma 3, e successive modifiche ed integrazioni;

IL Funzionario Incaricato
Ufficio Periferico
(Ing. Salvatore Giammusso)



Consorzio A.S.I. in Liquidazione
Gestione Separata IRSAP di Caltanissetta

ISTITUTO REGIONALE PER LO SVILUPPO DELLE
ATTIVITA' PRODUTTIVE
Ente Pubblico non Economico
L.R. 8/2012

VISTA la superiore proposta di determinazione presentata dal Consorzio A.S.I. in Liquidazione, Gestione Separata IRSAP di Caltanissetta, si esprime parere favorevole all'adozione della predetta proposta.

Il Dirigente dell'area Risorse Umane
(Dott.ssa Anna Di Martino)

IL DIRETTORE GENERALE

- Ai sensi dell'art. 19, comma 8° della L.R. n. 8/2012;
- Vista la superiore proposta avanzata dal Consorzio ASI in Liquidazione, Gestione Separata IRSAP di Caltanissetta;
- Visto il parere favorevole dell'Area Risorse Umane;
- Ritenuta la stessa meritevole di approvazione.

DETERMINA

1. Concedere, per l'anno 2015, al sig.ra Falzone Michelina, dipendente a tempo indeterminato in servizio presso questo Consorzio, i permessi retribuiti, nei limiti ed alle condizioni previste dalla vigente normativa di legge e contrattuale previsti dalla L.104/92, art.33, comma 3, e successive modifiche ed integrazioni;
2. Dare atto che la dipendente può fruire di n. 3 giorni di permesso retribuito al mese per l'assistenza della propria madre, affine di I° grado, portatore di handicap in situazione di gravità, (art. 33 comma 3, della l.r. 104/92.

Il Vice Direttore Generale
(Dott. Ferdinando Scillia)

n.q. di amministratore ex art. 19 L.R. n. 8/2012

CONSORZIO AREA SVILUPPO INDUSTRIA CALTANISSETTA	
16 GEN. 2015	
Prot. N° 102	Prot. UOB

DOMANDA ANNUALE DI PERMESSI PER L'ASSISTENZA A SOGGETTI IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE.

II/La sottoscritto/a FALZONE MICHELENA nato a CALTANISSETTA il 05/05/1955
c.f. FLZMHL55E45B429I qualifica ISTRUITTORE DIRETTIVO con contratto a tempo:

☐ determinato ☒ indeterminato
☐ tempo parziale ☐ tempo pieno

in servizio presso CONSORZIO ASI IN LIQUIDAZIONE GESTIONE SEPARATA IRSA
sede di lavoro _____ recapito telefonico: _____

CHIEDE

di poter fruire dei benefici previsti dall'art. 33 L. 104/92 : ANNO 2015 (1)
nelle giornate che saranno indicate in tempo utile all'ufficio di appartenenza

☐ in quanto affetto da handicap in situazione di gravità accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3 legge 104/92

☐ per _____ figli _____ nat _____ il _____ c.f. _____

☒ in quanto parente o affine MADRE

A TAL FINE DICHIARA

- che il portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno presso istituto specializzato (2)
- che l'altro genitore (in caso di richiesta del genitore per il figlio) :

a) è lavoratore dipendente presso _____
Indirizzo _____ e che fruisce dei permessi L.104/92 sì ☐ no ☐

b) svolge lavoro autonomo

c) non svolge attività lavorativa

- che nessun altro familiare fruisce dei permessi per la stessa persona con disabilità grave
- che per lo stesso portatore di handicap nessun familiare ha usufruito del collocamento in quiescenza ai sensi dell'art. 39 comma 1 della L.R. 10/200 e successive modifiche ed integrazioni
- che il rapporto di parentela o affinità con il portatore di handicap è il seguente :

- che il genitore o il coniuge (in caso di richiesta del parente o affine di terzo grado) del portatore di handicap si trova nelle condizioni di assenza, età anagrafica o patologia previste dall'art. 33, comma 3, della L. 104/92.

n.	di	tel.
CONSORZIO A.S.I. - CL		
16 GEN. 2015		
RICEVUTO		

DATI E DICHIARAZIONE DELLA PERSONA CON DISABILITÀ

II/La Sottoscritto/a AMBRA ALFONSA nato/a a CALTANISSETTA
 il 02/01/1979 C.F. _____ residente in CALTANISSETTA
 via/piazza F. TURATI n. 241

Dichiara

- di essere figlio o affidato del richiedente
- di essere in condizione di disabilità grave accertata dalla competente Commissione Sanitaria di CALTANISSETTA
- di non essere ricoverato a tempo pieno e di essere assistito dal/dalla sig. / sig.ra _____ nato/a _____

Firma Ambra Alfonsa

Se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato, la presente dichiarazione deve essere inoltrata unitamente alla fotocopia del documento di identità

Dichiarazione del disabile che non sa o non può firmare

Attesto che tale dichiarazione è stata resa in mia presenza dal dichiarante identificato mediante (estremi del documento di riconoscimento) _____ che ha altresì dichiarato

- ☐ che non sa firmare
- ☐ che non può firmare a causa di impedimento temporaneo

Firma _____

La dichiarazione è accolta da un pubblico ufficiale o da un funzionario dell'Amministrazione regionale che deve accertare l'identità del dichiarante

Se il disabile è impossibilitato a firmare ed è soggetto a tutela, curatela o amministrazione di sostegno la dichiarazione deve essere sottoscritta rispettivamente dal tutore o dall'interessato con l'assistenza del curatore o dall'amministratore di sostegno. In questi casi occorre allegare copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore o amministratore di sostegno

DICHIARAZIONE DA SOTTOSCRIVERE IN OCCASIONE DEL RINNOVO ANNUALE

II/La sottoscritta consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali per il caso di dichiarazioni false, dichiara che la competente Commissione sanitaria non ha rivisto il giudizio di gravità della condizione di handicap grave della persona per la quale vengono richiesti i permessi e che la certificazione presentata non ha subito modifiche e non è scaduta.

Firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DEL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

(Articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni)

L'Ufficio provvederà al trattamento dei dati personali, anche con l'ausilio di strumenti informatici, esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto ed in misura pertinente, non eccedente e strettamente necessaria al perseguimento delle proprie funzioni istituzionali. I dati richiesti sono obbligatori ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere l'Amministrazione non potrà definire la pratica. I dati personali potrebbero essere comunicati anche ad altre amministrazioni pubbliche qualora queste debbano trattare i medesimi per eventuali procedimenti di propria competenza istituzionale.

- di essere consapevole che nel caso del non riconoscimento dell'handicap in situazione di gravità da parte della Commissione Medica di Verifica, l'Amministrazione provvederà al recupero di quanto già usufruito a titolo di permessi per la Legge 104/92 (3).
- di essere l'unico referente della gestione dell'assistenza al portatore di handicap.

In caso di adozione/affidamento:

Provvedimento di adozione /affidamento n. _____ rilasciato dal tribunale di _____ in data _____

ALLEGÀ

- certificato della competente struttura sanitaria (o eventuale certificazione provvisoria) che attesta la presenza di una condizione di handicap grave di cui al comma 3 dell'art. 3 della Legge 104/92.

- Altra documentazione:

Il/la sottoscritto/a è consapevole che:

- è soggetto/a alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (articolo 76 del D.P.R. 445/2000);
- decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione (artt. 71 e 75 D.P.R. 28.12.2000, n. 445).

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare entro 30 giorni dall'evento:

- l'eventuale ricovero a tempo pieno o decesso del soggetto in condizioni di handicap grave;
- la revisione del giudizio di gravità della condizione di handicap da parte della competente Commissione sanitaria;
- la fruizione dei permessi, per lo stesso soggetto in condizione di handicap, da parte di altri familiari.

Il/la sottoscritto/a si impegna, nel caso presenti la domanda essendo in possesso solo della certificazione provvisoria, a trasmettere il verbale definitivo della competente Commissione sanitaria.

Firma  (4)

(1) Specificare la tipologia di permesso

(2) I permessi, anche in caso di ricovero, possono essere concessi nei casi di : interruzione del ricovero per recarsi al di fuori della struttura che ospita il disabile per effettuare visite e terapie appositamente certificate; ricovero a tempo pieno di un disabile in situazione di gravità in stato vegetativo persistente e/o con prognosi infausta a breve termine; ricovero a tempo pieno di un minore con disabilità in situazione di gravità per il quale risulti documentato dai sanitari della struttura ospedaliera il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare.

(3) Per il caso si presenti la domanda essendo in possesso solo del verbale rilasciato dalla Commissione Medica ASL in attesa di quello definitivo approvato dalla Commissione Medica di Verifica

(4) Da sottoscrivere in presenza del dipendente addetto oppure sottoscrivere e allegare copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore.

(Spazio riservato all'autentica della firma)

Ai sensi dell'art. 21, comma 2, D.P.R. 445/2000 attesto che la sottoscrizione della dichiarazione sopra riportata è stata apposta in mia presenza dal dichiarante Sig. _____

identificato con _____ n. _____ rilasciato/a il _____ da _____

_____ e preventivamente ammonito/a sulle responsabilità penali cui si può andare incontro in caso di dichiarazione mendace (art. 76 D.P.R. 445/2000).

L'incaricato _____