

Comune di Realmonte
Provincia di Agrigento

1° Settore:

Affari Generali e Relazioni con il Cittadino

Servizio 4°:

*Servizi Demografici, Anagrafe, Stato Civile, Elettorale,
AIRE, Statistica, Gestione Risorse Umane*

ALBO

Via Roma n. 17
92010 Realmonte (AG)

Tel. 0922-816 259 – Fax 0922-810 147

e-mail: anagrafe.realmonte@libero.it

PEC: affaridemografici.realmonte@pec.it

C.F.: 8000331 084 6

P. I.V.A.: 0252951 084 0

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

n° <u>263</u> Registro del Settore Data <u>05-08-23</u> n. <u>345</u> 10-7-23 del Registro Generale	CONCESSIONE PERMESSI RETRIBUITI PER L'ASSISTENZA AL FAMILIARE IN CONDIZIONI DI DISABILITÀ GRAVE EX ART. 33 COMMA 3 LEGGE 104/1992, AL DIPENDENTE MATRICOLA N° <u>xx</u> .
---	--

PROPOSTA DI DETERMINA DIRIGENZIALE

Il Responsabile del Procedimento, nonché Responsabile del 4° Servizio,

ATTESO che in data xx/xx/xxxx prot. n. xxxx il dipendente xxxxxxxxxx a tempo indeterminato a tempo parziale di tipo "orizzontale", matricola n° xx, ha richiesto di poter usufruire dei permessi previsti dalla L. 104/1992, per assistere il proprio familiare;

VISTA la certificazione di disabilità (verbale di accertamento), datata xx/xx/xxxx, rilasciata dalla Commissione medica per l'accertamento dell'handicap, ex art. 4 L. 104/92, della Asl di Agrigento in favore del familiare del dipendente comunale richiedente, ai sensi e per gli effetti della Legge 5/2/92 n.104, da cui risulta il riconoscimento di **PORTATORE DI HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITA'** (comma 3 art.3), **CON REVISIONE AL 03//2024;**

VISTA la dichiarazione resa dall'interessata in data 27/06/2023, da cui si evince che:

- che presta assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;
- che nessun altro familiare, o convivente di fatto beneficia dei permessi o dei riposi per la stessa persona,
- che la persona con disabilità grave non è ricoverata a tempo pieno, e che assiste con continuità e in via esclusiva la persona disabile
- che è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- che è 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 solo per l'effettiva tutela dei disabile;
- che si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.;

DATO ATTO che il riconoscimento dello stato di invalidità di cui al Certificato della Commissione Medica insieme alla dichiarazione resa in ordine alla presenza delle altre circostanze richieste dalla legge fanno rientrare il dipendente in esame nel diritto ad usufruire dei tre giorni mensili o massimo 18 ore mensili di congedo straordinario di cui all'art. 33, comma 3, della legge 104/92 e ss.mm.ii., recante agevolazioni in favore di persone che assistono parenti o affini entro il terzo grado portatori di handicap in situazione di gravità, stante la circostanza che nessun altro familiare usufruisce del medesimo beneficio;

RITENUTO, sulla base di quanto innanzi esposto, dover accogliere l'istanza di godimento dei benefici di cui alla più volte richiamata legge 104/92, e successive modificazioni ed integrazioni, avanzata dal dipendente matricola **xx**;

VISTI

lo Statuto Comunale, la Legge 104/92 e ss.mm.ii. in particolare l'art.33 – co. 3, il vigente C.C.N.L.; il Decreto Legislativo 165/2001; il parere del Consiglio di Stato del 17 ottobre 2000, n°1623/2000; la circolare Inps 01 marzo 2011, n° 45 e la circolare n. 13/2010 del Dipartimento della Funzione Pubblica;

PROPONE

- **DI PRENDERE ATTO** della richiesta di concessione dei benefici previsti dalla Legge 104/1992 e ss.mm.ii. avanzata con nota Prot. **xxxxx** del **xx/xx/xxxx**, dal dipendente comunale di ruolo **xxxxxxxxxx** matricola n° **xx**

- **DI CONCEDERE**, in accoglimento della richiesta e per i fini in questa contemplati, al dipendente appena menzionato **di tre giorni mensili o massimo 18 ore mensili di congedo straordinario**, (decorrenza dall'adozione dell'atto e **sino al 03/2024**, quest'ultima quale data stabilita per la revisione da parte dell'apposita commissione dell'ASL, così come espressamente stabilito dall'art.33 - comma 3 della succitata legge 104/92, nel testo riveniente dopo la legge 53/2000 (art. 20) e la Legge 4 novembre 2010, n. 183, (art. 24), al fine di assistere il proprio familiare, appositamente riconosciuto **PORTATORE DI HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITA'**;
- **DI PRECISARE** che il richiedente dipendente comunale è tenuto a comunicare con tempestività, non oltre giorni 30 dall'avvenuto cambiamento, eventuali notizie ed informazioni che incidano sul mantenimento dei requisiti per fruire del beneficio concesso con il presente Atto;
- **DI DARE ATTO** che:

gli originali della documentazione sono depositati agli atti dell'Ufficio Personale;

il presente provvedimento non produce nuova o maggiore spesa a carico del bilancio comunale;

il presente provvedimento sarà revocato di diritto in caso di eventuale accertamento d'ufficio in ordine al mancato possesso dei requisiti di legge per la fruizione del beneficio riconosciuto, salvi eventuali provvedimenti conseguenti;

requisito essenziale per la concessione dei permessi lavorativi di cui all'art. 33 della legge 104/1992 è l'assenza di ricovero a tempo pieno della persona con disabilità grave, per ciò intendendosi il ricovero per le intere 24 ore presso "strutture ospedaliere o simili, pubbliche o private, che assicurano assistenza sanitaria continuativa";

- **DI TRASMETTERE** il presente atto al Responsabile del Settore di appartenenza del dipendente così autorizzato, per i provvedimenti di conseguenza ed all'interessato per il godimento del permesso retribuito concesso;
- **DI DARE ATTO** che il presente provvedimento viene redatto con gli accorgimenti richiesti

IL Responsabile di P.O. del 1° SETTORE

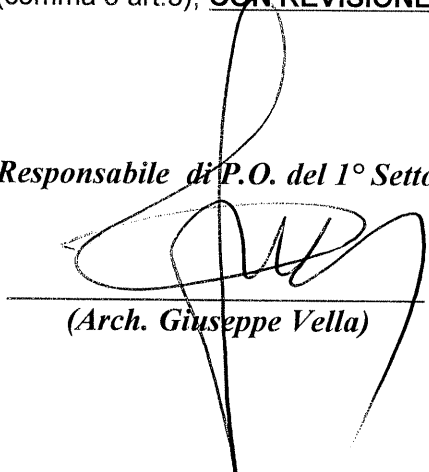
- a) **Vista** la proposta che precede formulata dal Responsabile del Procedimento, nonché Responsabile del 4° Servizio ;
- b) **Considerato** che se ne condividono i presupposti di fatto e di diritto;
- c) **Ritenuto** di dovere accogliere detta proposta e determinare di conseguenza;

DETERMINA

- d) **Di accogliere** integralmente la proposta del Responsabile del Servizio 4°;
- e) **Dare atto** della certificazione di disabilità (verbale di accertamento) , datata XXXXXXXXXX, rilasciata dalla Commissione medica per l'accertamento dell'handicap, ex art. 4 L. 104/92, della Asl di Agrigento in favore del familiare del dipendente comunale richiedente, ai sensi e per gli effetti della Legge 5/2/92 n.104, da cui risulta il riconoscimento di **PORTATORE DI HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITA'** (comma 3 art.3), **CON REVISIONE AL 03/2024**;

Addi, _____

Il Responsabile di P.O. del 1° Settore

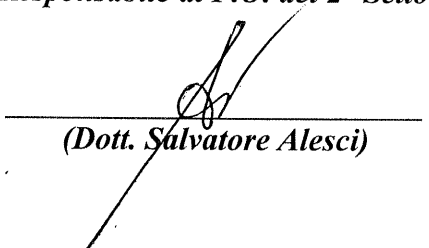


(Arch. Giuseppe Vella)

Visto di regolarità contabile attestante la copertura finanziaria della presente determinazione, ai sensi dell'art. 151 del D.lgs 267/2000, che pertanto diviene esecutiva.

Addi, _____

Il Responsabile di P.O. del 2° Settore



(Dott. Salvatore Alesci)



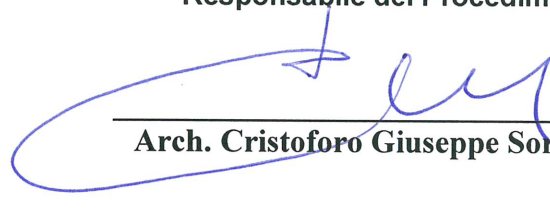
dal GDPR 2016 in presenza di dati sensibili e pertanto, per la conoscenza integrale da parte degli aventi diritto, si fa rinvio agli atti istruttori in possesso di questo Settore;

- **DI PUBBLICARE** il presente atto ai sensi di Legge.

Il Responsabile del IV Servizio del 1° Settore

e

Responsabile del Procedimento



Arch. Cristoforo Giuseppe Sorrentino



N. _____ **DEL REGISTRO DELLE PUBBLICAZIONI**

La presente determinazione viene pubblicata all'Albo Pretorio per giorni 15 consecutivi

dal _____ al _____

Realmonte, _____

Il Responsabile del Servizio