



Consorzio ASI di GELA in Liquidazione
Gestione Separata IRSAP

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

DETERMINAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 11/GE del 12 FEB. 2015

OGGETTO: Riconoscimento permessi retribuiti ex art.33, comma 3, legge 104/92 e succ. mod. ed int., in favore della dipendente Sig.ra Battiato Albina.

Il Dirigente Responsabile

VISTA la legge regionale n. 8 del 12/01/12 istitutiva dell'Istituto Regionale per lo Sviluppo delle Attività Produttive (IRSAP);

VISTO l'art. 64 della legge regionale 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 ASI 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 IRSAP prot. n. 10126 del 09/12/2013 con cui è stato incaricato il dott. Ing. Maurizio Catania dirigente responsabile dell'ufficio periferico IRSAP di Gela;

PREMESSO

CHE con nota del 14/01/2015 prot. n. 89, della dipendente Sig.ra Battiato Albina, ha presentato richiesta per ottenere la concessione di permessi retribuiti per l'assistenza al proprio padre, con allegato verbale di commissione medica del 31/03/2014 che riconosce l'interessato portatore di handicap in situazione di gravità (comma 3 art. 3).

CHE tale richiesta è conforme a quanto previsto dalla circolare del Dipartimento Regionale della Funzione Pubblica e del personale – Servizio 1 – gestione giuridica del personale Regionale in servizio, prot/G/2010/194963 del 21/12/2010, la quale fornisce indicazioni per l'applicazione delle modifiche introdotte dalla L.n. 183 del 4 novembre 2010 per la fruizione dei permessi già previsti dall'art. 33, comma 3, della legge 104/92;

C.da Brucazzi C.D. Zona Industriale
93012 Gela
C.F.: 82000750859
P.IVA 00181710856

Tel. 0933913480
Fax. 0933921483
Mail: gela@irsapsicilia.it
Pec: gela@pec.irsapsicilia.it

REGIONE
SICILIANA



[Handwritten signature]



Consorzio ASI di GELA in Liquidazione
Gestione Separata IRSAP

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

Propone al Direttore Generale

1. Autorizzare la Sig.ra Battiato Albina ad usufruire dei permessi retribuiti previsti dall'art.33, comma 3, della legge 104/92, secondo le modalità previste dalle norme vigenti.

L'Istruttore Direttivo
(Angelo Bue)



Il Dirigente Responsabile
(Dott. Ing. Maurizio Catania)

Vista la superiore proposta di determinazione presentata dal Consorzio ASI in Liquidazione, Gestione Separata IRSAP di GELA, si esprime parere favorevole all'adozione della predetta proposta;

Il Dirigente Area Risorse Umane

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 GELA;
- Visto il parere favorevole del Dirigente Area Risorse umane;
- Ritenuta la stessa meritevole di approvazione;

DETERMINA

1. Procedere all'adozione della determina di concessione dei permessi di che trattasi, in considerazione che detta richiesta è provvista dei requisiti previsti dalle normative vigenti.

Il Vice Direttore Generale
Dott. Ferdinando Scillia
n.g. di amministratore ex art. 19 L.R. n. 8/2012

C.da Brucazzi C.D. Zona Industriale
93012 Gela
C.F. 82000750859
P.IVA 00181710856

Tel. 0933913480
Fax. 0933921483
Mail: gela@irsapsicilia.it
Pec: gela@pec.irsapsicilia.it

REGIONE
SICILIANA



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

Il/La sottoscritto/a BATTIATO ALBINA nato a LECCE il 24/08/1965
c.f. BTTLBN65H64E506H qualifica ISTRUTTORE DIRETTIVO con contratto a tempo:

☐ determinato ☒ indeterminato
☐ tempo parziale ☐ tempo pieno

in servizio presso: CONSORZIO ASI IN LIQUIDAZIONE DI GELA - GESTIONE SEPARATA IRSAP
sede di lavoro GELA recapito telefonico: 349 6786608

CHIEDE

di poter fruire dei benefici previsti dall'art. 33 L. 104/92: _____ (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 il figlio PADRE nato il 07/07/1936 c.f. BTTFDN36L07D960J

☒ in quanto parente o affine

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 _____ n. _____ di _____ tel. _____
e che fruisce dei permessi L. 104/92 sì (1) no (1)

b) svolge lavoro autonomo

c) non svolge attività lavorativa

☒ che nessun altro familiare fruisce dei permessi per la stessa persona con disabilità grave

- che il rapporto di parentela o affinità con il portatore di handicap è il seguente:

PARENTE DI 1° GRADO (PADRE - FIGLIA)

- 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.

- 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 _____

ALLEGA

☒ 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:

Copia documento di RICONOSCIMENTO DEL TITOLO INVALIDITA'

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.

GEVA 11/01/2015

Firma Alba Betteto (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)

Al 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 _____

DATI E DICHIARAZIONE DELLA PERSONA CON DISABILITÀ

II/La Sottoscritto/a BATTIATO FERDINANDO GUIDO nato/a a GELA
il 07/07/1936 C.F. BTTFDN36L07D960T residente in GELA
via/piazza CORSO S. ALDISIO n. 139

Dichiara

- di essere figlio o affidato del richiedente
- di essere in condizione di disabilità grave accertata dalla competente Commissione Sanitaria di GELA - ASL
- di non essere ricoverato a tempo pieno e di essere assistito dal/dalla sig. / sig.ra BATTIATO ALBINA nato/a LECCE IL 29/08/1965

Firma BATTIATO FERDINANDO

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

III/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

GELA 14/01/2015

Firma Albina Battiato

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 è 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.