

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N° 2
Olbia

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO N° 887 DEL 29/04/2010

OGGETTO: DIPENDENTE MATRICOLA N. 40404- CONCESSIONE PERMESSI RETRIBUITI EX ART. 33, COMMA 3, LEGGE 104/92.

L'anno duemila ~~DIECI~~ addì ventinove del mese di Aprile

in Olbia, nella sede legale dell'Azienda Sanitaria Locale n° 2.

IL COMMISSARIO

Dott. Giovanni Antonio Fadda

Sentiti i pareri favorevoli del

DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Avv. Mario Giovanni Altana

e del

DIRETTORE SANITARIO

Dott.ssa Maria Serena Fenu

- VISTA** la richiesta acquisita agli atti di questa Azienda con nota prot. n. 18562 del 08.04.2010 con la quale la dipendente matr. n. 40404 in servizio presso questa ASL, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, chiede di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, della Legge n.104 del 05.02.1992, per assistere il familiare, persona con handicap in situazione di gravità;
- VISTO** l'art. 33, comma 3, della Legge 104/92 così come modificato dagli art. 19 e 20 della Legge n. 53 del 08. 03.2000, ai sensi del quale "colui che assiste con continuità e in via esclusiva un parente o affine entro il terzo grado portatore di handicap, ancorché non convivente ha diritto a tre giorni di permesso mensile, fruibili anche in maniera continuativa a condizione che la persona con handicap in situazione di gravità non sia ricoverata a tempo pieno";
- VISTA** la copia del verbale della Commissione Medica per l'accertamento dell'invalidità dell'ASL di Sassari datato 26.06.2008;
- VISTA** l'autocertificazione del 08.04.2010 con la quale la suddetta dipendente dichiara di assistere con continuità e in via esclusiva il familiare disabile;
- RITENUTO** di poter accogliere la richiesta della suddetta dipendente;

Su conforme proposta del Servizio Personale;

- VISTI** il D.lvo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
- la L. 05 febbraio 1992 n. 104 e successive modificazioni e integrazioni;
- la L.R. 24 marzo 1997, n. 10;

Per i motivi sopra espressi;

DELIBERA

- di concedere alla dipendente matr. n. 40404 i permessi mensili previsti dall'art. 33, comma 3, della Legge 5 febbraio 1992 n. 104.

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. ssa Maria Serena Fenu



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Avv. Mario Giovanni Altana



IL COMMISSARIO
Dott. Giovanni Antonio Fadda



n. 241
Il Direttore Area Amministrazione Personale
Dott.ssa Giovanna Puzi



MT
gp



(DA COMPILARSI A CURA DEL SERVIZIO / STRUTTURA PROPONENTE/ESTENSORE)

(luogo e data) _____, ____/____/____.

La presente deliberazione:

è soggetta al controllo ai sensi dell'art. 29, comma 1, lettere a), b), c), della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10.

oppure

deve essere comunicata al competente Assessorato regionale ai sensi dell'articolo 29, comma 2, della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10

Il Responsabile del Servizio/Struttura _____ (proponente/estensore)

(firma) _____

Si certifica che la presente deliberazione è pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda Sanitaria Locale n. 2 di Olbia

dal 3/5/2007 e che:

è esecutiva dal giorno della pubblicazione ai sensi della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10.

con lettera in data ____/____/____, protocollo n. _____, è stata inviata all'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale per il controllo di cui all'articolo 29 della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10

Olbia, 3/5/2007

Il Responsabile del Servizio Affari Generali e Legali

La presente deliberazione:

è divenuta esecutiva, ai sensi dell'articolo 29 della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10, in virtù della Determinazione del Direttore del Servizio _____ dell'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale n. _____ del ____/____/____.

è stata annullata, ai sensi dell'articolo 29 della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10, in virtù della Determinazione del Direttore del Servizio _____ dell'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale n. _____ del ____/____/____.

è divenuta esecutiva per decorrenza dei termini per il controllo, ai sensi dell'articolo 29 della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10.

Olbia, ____/____/____.

Il Responsabile del Servizio Affari Generali e Legali

Per copia conforme all'originale esistente agli atti della Azienda Sanitaria Locale n. 2, per uso _____

Olbia, ____/____/____.

Il Responsabile del Servizio Affari Generali e Legali

SERVIZIO SANITARIO