



**AUSL 4  
TERAMO**

Il meglio è nel tuo territorio

U. O. C. Gestione del Personale  
Dirigente Responsabile: *Dott. Maurizio Di Giosia*  
Tel. 0861 420235 Fax. 0861 420233  
Allegati N. 1

Teramo li

ASL TERAMO PROTOCOLLO UNICO  
Posta Interna



Prot. nr. 0012088/13 del 21/03/2013

*Ai Responsabili di Presidio Ospedaliero di:*

- Teramo
- Atri
- S.Omero
- Giulianova

*Ai Responsabili dei Distretti Sanitari di Base di:*

- Teramo
- Roseto degli Abruzzi
- Atri
- Neretto (Val Vibrata)
- Montorio al Vomano

*Ai Responsabili:*

- Dip. Progr./Gest. Attività Economica e Finanziaria
- Affari Generali
- Dipartimento Acquisizione Beni e Servizi
- Dipartimento Attività Tecniche/Gestione Patrimonio
- Servizio Controllo di Gestione
- Settore Sistemi Informativi
- Dipartimento Assistenza Sanitaria Territoriale
- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento di Salute Mentale
- Servizio Prevenzione e Protezione Sicurezza Interna
- Ufficio Relazioni con il Pubblico

*Ai Responsabili dei Servizi Dipartimentali:*

- Assistenza Sanitaria di Base
- Medicina Legale
- Medicina delle Comunità
- Riabilitazione
- Farmaceutica Territoriale
- Assistenza ai Tossicodipendenti (Ser.T.)
- Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica
- Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
- Prevenzione e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro
- Sanità Animale
- Igiene degli Alimenti di Origine Animale
- Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche

e, p.c. *Al Direttore Amministrativo*

**Oggetto:** *Ulteriori precisazioni sulle modalità di fruizione dello scuputo dei giorni di assenza per malattia ai sensi dell'art. 11, comma 6 bis, CCNL integrativo del 07/04/1999 per l'area dei livelli del comparto e dell'art. 9 del CCNL in data 7/5/2003 integrativo del CCNL 8/6/2000 per l'area della dirigenza medica e veterinaria e della dirigenza SPTA.*

Ad integrazione di precedente prot. n.557/p del 24.03.2006 si precisano appresso le modalità in oggetto:

- 1) L'art. 11, comma 6 bis del CCNL integrativo del 07/04/1999 recita: "in caso di patologie gravi che richiedono terapie salvavita ed altre assimilabili come ad esempio l'emodialisi, la chemioterapia, il trattamento per l'infezione da HIV-AIDS nelle fasi a basso indice di disabilità specifica (attualmente indice di Karnosky), sono esclusi dal computo dei giorni di assenza per malattia i relativi giorni di ricovero ospedaliero o di day-hospital ed i giorni di assenza dovuti alle citate terapie, debitamente certificati dalla competente Azienda Sanitaria Locale o struttura convenzionata";
  - 2) pertanto per fruire della garanzia di cui al precedente punto 1 è necessario che il dipendente inoltri all'Ufficio Gestione Risorse Umane del Presidio:
    - a) domanda per il riconoscimento della "**grave patologia**" usando l'apposito modulo (All. n. 1);
    - b) **documentazione sanitaria** (cartella clinica, certificato medico, attestazione di cure ecc.) **da allegare alla domanda in busta chiusa**;
  - 3) l'ufficio Gestione Risorse Umane provvederà ad inoltrare la documentazione all' U.O.C. di Medicina Legale e Servizio Sociale per i provvedimenti di competenza;
  - 4) in caso di riconoscimento dello scomputo da parte dell'U.O.C. di Medicina Legale e Servizio Sociale i giorni saranno esclusi dal computo dei giorni di assenza per malattia;
  - 5) nel caso contrario le assenze saranno regolarmente computate come assenza per malattia ;
  - 6) si precisa che la domanda va presentata ogni qualvolta si ritiene opportuno richiederne il riconoscimento.
- Distinti saluti.

L'Istruttore  
(Dott. Antonio Iampieri)

IL RESPONSABILE  
(Dott. Maurizio Di Giosia)



## MOD. 1

**Domanda per la fruizione dello scomputo dei giorni di assenza per malattia ai sensi dell'art. 11, comma 6 bis, CCNL integrativo del 07.04.199.**

Al Responsabile

Ufficio Gestione Risorse Umane

Presidio di \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_

in servizio presso \_\_\_\_\_

con contratto a tempo \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Lo scomputo dei giorni di assenza per malattia per il seguente periodo:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ;

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ;

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ .

Alla presente si allega in busta chiusa tutta la documentazione sanitaria.