

UOC Gestione del Personale

Il direttore FF: Dott. Rossella Di Marzio

risorse.umane@slteramo.it – Fax. 0861 420233

Al Direttore Direzione Medica e Gestione Complessiva P.O. Teramo
Ai responsabili delle Direzioni Mediche e Gestione Complessive PP.OO.

S.Omero

Giulianova

Atri

Ai Direttori dei Dipartimenti

Ai Responsabili delle UU.OO.CC.

Ai Responsabili delle UU.OO.SS.DD.

Al personale dell'Area del Comparto. U

A tutti gli uffici rilevazione presenze

ASL TERAMO PROTOCOLLO UNICO
Posta in Partenza



Prot. nr. 0040743/19 del 17/04/2019

OGGETTO: Circolare di disposizione in materia di permessi orari retribuiti per particolari motivi personali o familiari di cui all'art 37 del CCNL del 21.05.2018 dell'Area del Comparto.

Continuano a pervenire richieste di chiarimenti circa la fruizione dei permessi per particolari motivi personali o familiari di cui all'art 37 del CCNL 2016/2018 dell'area del Comparto volte a conoscere se le situazioni per le quali vengono richiesti tali permessi debbano essere "debitamente documentate".

L'Aran con parere CSAN 8 ha chiarito quanto appresso "la clausola negoziale, mediante l'impiego della dizione "possono" fa riferimento alla possibilità e non alla doverosità della "concessione" della fruizione dei permessi in parola.

Pertanto è evidente che le parti negoziali abbiano considerato prioritarie le "esigenze di servizio" che dovranno essere considerate, di volta in volta dal Dirigente della struttura ai fini della relativa concessione.

E' altresì palese, pertanto, che la dizione utilizzata nell'ambito della disciplina contrattuale lascia intendere che non vi sono preclusioni o vincoli circa i motivi che possono essere adottati come presupposto giustificativo per la richiesta dei permessi. Infatti, la clausola prevede genericamente soltanto che tali permessi possono essere fruiti "per particolari motivi personali e familiari" consentendo, quindi, a ciascun dipendente, di individuare liberamente le situazioni soggettive o le esigenze di carattere personale o familiare ritenute più appropriate ai fini del ricorso a tale particolare tutela contrattuale. Da ciò deriva che, anche le ipotesi di fruizione dei permessi, non sono specificate dal CCNL.

Premesso quanto sopra, si evidenzia che la clausola contrattuale in esame, espressamente, non prevede più la necessità di documentare i motivi e le ragioni per le quali viene richiesto il permesso, anche se la motivazione, che consente di ricondurre tale tutela alle esigenze personali e familiari dell'interessato, va comunque indicata nella richiesta avanzata dal dipendente, in quanto la stessa resta il presupposto legittimante per la concessione del permesso.

Tuttavia, il dipendente dovrebbe avere un interesse primario a motivare e giustificare tale richiesta nel modo più ampio possibile. Infatti, ai sensi dell'art. 37 comma 1, del nuovo CCNL, il datore di lavoro pubblico non è obbligato a concedere il permesso, potendo, nel rispetto dei principi di correttezza e buona fede, anche

negare la fruizione dello stesso in presenza di ragioni organizzative e di servizio ritenuti prevalenti rispetto all'interesse del lavoratore evidenziato nella domanda. Appare evidente, pertanto, che quanto più sarà motivata e giustificata la richiesta del dipendente tanto più sarà agevole la comparazione degli interessi contrapposti e la concessione del permesso".

Per le motivazioni sopra riportate, si invita il personale dipendente a formulare l'istanza di fruizione del permesso per motivi personali o familiari attraverso l'utilizzo della modulistica aziendale vigente motivando e giustificando preventivamente la richiesta attraverso un modello di dichiarazione sostitutiva di atto notorio di cui si allega facsimile.

Da ultimo, si ricorda che detti permessi non sono fruibili per frazioni di ora.

Distinti saluti.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO: Dott.  Claudia Del Giudici

Il DIRETTORE FF
Dott.  Rossella DI Marzio

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.)

residente a _____ (_____) in via _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

in servizio presso la U.O. _____ profilo professionale _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000
per i casi dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi di

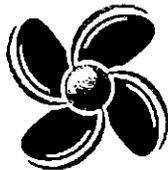
DICHIARA

Dichiaro di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96 i dati personali da me forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

(luogo e data)

Il/la dichiarante _____
(firma per esteso e leggibile)

La firma in calce non deve essere autenticata
Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritta o inviata all'ufficio competente, via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta, insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante.

 AUSL 4 TERAMO <small>il meglio o nel tuo territorio</small>	PERMESSI	Modello M
		Pag. 1/3

ALLA SEGRETERIA DELL'ARTICOLAZIONE AZIENDALE
 Presidio Ospedaliero/Dipartimento Territoriale _____

Il/La sottoscritto/a _____ matricola n. _____

in forza all'Unità Operativa di _____

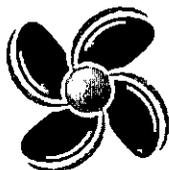
con rapporto di lavoro: a tempo pieno part-time _____ %

CHIEDE DI POTERSI ASSENTARE

DAL	AL	NUMERO GIORNI	NUMERO ORE (In caso di permessi fruibili in ore)

PER IL SEGUENTE PERMESSO:

- PER PARTECIPAZIONE A COMMISSIONE DI CONCORSO/COLLEGIO TECNICO DI ALTRO ENTE QUALE COMPONENTE NON RETRIBUITO
- PER EFFETTUAZIONE DI MANSIONI DI ADDETTO ALLA VIGILANZA RETRIBUITO
- PER PARTECIPAZIONE A CONCORSI/ESAMI IN QUALITÀ DI CONCORRENTE/ESAMINANDO RETRIBUITO (MAX 8GG L'ANNO)
- PER AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE FACOLTATIVO CONNESSO ALL'ATTIVITÀ DI SERVIZIO RETRIBUITO
- PER ASSISTENZA FAMILIARI PORTATORI DI HANDICAP GRAVI MENSILE/GIORNALIERO (L.104/92) indicare NOME ASSISTITO _____ (in caso di fruizione di più 104) RAPPORTO DI PARENTELA _____
- PER LA PROPRIA PERSONA CON HANDICAPS IN STATO DI GRAVITÀ MENSILE/GIORNALIERO (L.104/1992)
- PER LAVORATORI PORTATORI DI HANDICAPS PER PROGETTO TERAPEUTICO RETRIBUITO
- PER CARICHE PUBBLICHE RETRIBUITO
- PER CARICHE PUBBLICHE NON RETRIBUITO
- PER ESAMI PRENATALI RETRIBUITO
- PER ESPLETAMENTO OPERAZIONI ELETTORALI RETRIBUITO
- PER PARTECIPAZIONE A RIUNIONE DI ORGANISMI INTERNI: COMITATO PARI OPPORTUNITÀ, MOBBING, NUCLEO DI VALUTAZIONE, COLLEGIO TECNICO DELL'AZIENDA RETRIBUITO
- PER EVENTI E CAUSE PARTICOLARI RETRIBUITO



- PER LUTTO RETRIBUITO CONIUGE CONVIVENTE, PARENTI ENTRO IL SECONDO GRADO ED AFFINI ENTRO IL PRIMO (3GG CONSECUTIVI PER EVENTO)
- PER MATRIMONIO RETRIBUITO (15GG CONSECUTIVI)
- PER MOTIVI PERSONALI O FAMILIARI RETRIBUITO (*AD ESEMPIO: NASCITA FIGLI, ESPLETAMENTO FUNZIONI GIUDICE POPOLARE/ONORARIO, TESTIMONIANZA, GRAVI CALAMITÀ NATURALI CHE RENDANO OGGETTIVAMENTE IMPOSSIBILE IL RAGGIUNGIMENTO DELLA SEDE DI LAVORO*) - (MAX 3GG O 18 ORE IN UN ANNO)
- PER MOTIVI SINDACALI NON RETRIBUITO
- PER MOTIVI SINDACALI PER ESPLETAMENTO DEL MANDATO RETRIBUITO
- PER MOTIVI SINDACALI: PARTECIPAZIONE A RIUNIONI DI ORGANISMI DIRETTIVI STATUTARI RETRIBUITO
- PER MOTIVI DI STUDIO (FREQUENTARE LEZIONI E/O SOSTENERE ESAMI, ETC.) IN ESITO A CONCESSIONE DEL BENEFICO DELLE "150 ORE" PER STUDIO RETRIBUITO
- PER ATTIVITÀ DI PROTEZIONE CIVILE RETRIBUITO
- PER CHIAMATA IN SERVIZIO ORDINE DI MALTA RETRIBUITO
- PER PERSONALE CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO DETERMINATO NON RETRIBUITO
- PER DONAZIONE DI SANGUE/MIDOLLO OSSEO RETRIBUITO
- PER VISITA INAIL RETRIBUITO
- PER CURE MEDICHE CONNESSE ALLO STATO DI INVALIDITÀ DELLA DURATA MASSIMA DI 30 GG L'ANNO
- PER RIPOSO COMPENSATIVO
- PERMESSI ESPLETAMENTO VISITE, TERAPIE, PRESTAZIONI SPECIALISTICHE O ESAMI DIAGNOSTICI (permessi assimilati alle assenze per malattie)
- ALTRO _____

A norma dell'art. 71 del DPR 445/2000, nonché dell'art 15 della L.183/2011, l'Amministrazione è tenuta ad effettuare idonei controlli sulla veridicità del contenuto delle dichiarazioni sostitutive ricevute che, oltre alla decadenza dell'interessato dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazione non veritiera, sono applicabili le sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

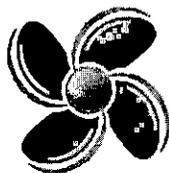
Il/La sottoscritto/a, dichiara di essere a conoscenza dell'Informativa per il trattamento di dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003", e di essere consapevole che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Data _____

Firma _____

IL RESPONSABILE: VISTO SI AUTORIZZA

IL RESPONSABILE: VISTO NON SI AUTORIZZA PER LE SEGUENTI MOTIVAZIONI:



DOCUMENTAZIONE / DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DA ALLEGARE UTILE AI FINI DELLA CONCESSIONE DEL PERMESSO (BARRARE LA LETTERA DI INTERESSE)

- A. AUTORIZZAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DELL'INCARICO COMPONENTE COMMISSIONE DI CONCORSO/COLLEGIO TECNICO DI ALTRO ENTE
- B. COPIA DELLA LETTERA DI CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI ADDETTO ALLA VIGILANZA
- C. ATTESTAZIONE DA PARTE DELLA STRUTTURA SANITARIA PUBBLICA O PRIVATA CONVENZIONATA DELLA CONDIZIONE DI PORTATORE DI HANDICAPS PER PROGETTO TERAPEUTICO
- D. COPIA DELL'AUTORIZZAZIONE A PRODURRE DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI GIUDICE POPOLARE/ONORARIO
- E. COPIA DELLA LETTERA DI NOMINA DI PRESIDENTE, SEGRETARIO, SCRUTATORE, RAPPRESENTANTE DI LISTA, ETC.
- F. COPIA DELLA LETTERA DI CONVOCAZIONE A RIUNIONE DI ORGANISMI INTERNI: COMITATO PARI OPPORTUNITÀ, MOBBING, NUCLEO DI VALUTAZIONE, COLLEGIO TECNICO DELL'AZIENDA RETRIBUITO
- G. CERTIFICAZIONI, ATTESTAZIONI, ETC. PER EVENTI E CAUSE PARTICOLARI RETRIBUITO
- H. AUTOCERTIFICAZIONE DEI GRAVI MOTIVI FAMILIARI
- I. AUTOCERTIFICAZIONE PER MOTIVI PERSONALI O FAMILIARI O NASCITA FIGLI RETRIBUITO
- J. GRAVI CALAMITÀ NATURALI CHE RENDONO OGGETTIVAMENTE IMPOSSIBILE IL RAGGIUNGIMENTO SEDE DI LAVORO
- K. PER CERTIFICATO DI MORTE/AUTOCERTIFICAZIONE DEL DECESSO DEL FAMILIARE
- L. RICHIESTA DI PERMESSO NON RETRIBUITO PER MOTIVI SINDACALI A FIRMA DELLA O.S. DI APPARTENENZA
- M. RICHIESTA DI PERMESSO RETRIBUITO PER MOTIVI SINDACALI PER ESPLETAMENTO DEL MANDATO A FIRMA DELLA O.S. DI APPARTENENZA
- N. RICHIESTA DI PERMESSO RETRIBUITO PER MOTIVI SINDACALI PER PARTECIPAZIONE A RIUNIONE DEGLI ORGANISMI DIRETTIVI STATUTARI A FIRMA DELLA O.S. DI APPARTENENZA
- O. COPIA DELLA LETTERA DI RICHIAMO IN SERVIZIO DI PROTEZIONE CIVILE/CNSAS/CAI
- P. COPIA DELLA LETTERA DI RICHIAMO IN SERVIZIO ORDINE DI MALTA
- Q. COPIA DELLA LETTERA DI INVITO A VISITA INAIL
- R. ATTESTAZIONE FREQUENZA LEZIONI E/O SOSTENIMENTO ESAMI IN ESITO A CONCESSIONE DEL BENEFICO DELLE "150 ORE" PER STUDIO RETRIBUITO
- S. ALTRO _____