



MA-

DECRETO DIRIGENZIALE N. 361/DA del 26 GIU. 2023

Oggetto: Congedo straordinario, art. 42 comma 5 del D. Lgs. n. 151/2001- dipendente matricola n. 3563.
Periodo dal 01 luglio al 31 agosto 2023 per un totale di 62 giorni.

Il Dirigente Amministrativo

Premesso che:

-ai sensi dell'art. 42 comma 5 del Dlgs n. 151/2001, " *Il coniuge convivente di soggetto con handicap in situazione di gravità accertata ai sensi dell'articolo 4, comma 1, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, ha diritto a fruire del congedo di cui al comma 2 dell'articolo 4 della legge 8 marzo 2000, n. 53, entro sessanta giorni dalla richiesta. In caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti del coniuge convivente, ha diritto a fruire del congedo il padre o la madre anche adottivi; in caso di decesso, mancanza o in presenza di patologie in va lida n ti del padre e della madre, anche adottivi, ha diritto a fruire del congedo uno dei figli conviventi; in caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie in va lida n ti dei, figli conviventi, ha diritto a fruire del congedo uno dei fratelli o sorelle conviventi*";

-ai sensi dell'articolo 42 comma 5-ter del Dlgs n. 151/2001 "il richiedente ha diritto a percepire un'indennità corrispondente all'ultima retribuzione, con riferimento alle voci fisse e continuative del trattamento, e il periodo medesimo è coperto da contribuzione figurativa"

Visto il verbale rilasciato dal Centro Medico Legale INPS di Messina - Commissione Medica per l'accertamento dell'handicap, agli atti di questo Ufficio, dal quale risulta che la madre della dipendente è stata riconosciuta persona con handicap in situazione di gravità;

Vista l'autorizzazione prot. n. 117/DA del 03.03.2020 con la quale la dipendente ,matricola n. 3563, viene autorizzata ad usufruire dei benefici della legge 104/92 per assistere la propria madre;

Vista l'istanza della dipendente , in servizio al Consorzio per le Autostrade Siciliane con la qualifica di Agente Tecnico Esattore liv. C, presentata l'8/06/2023 prot. n. 17202, con la quale la stessa ha chiesto ,ai sensi dell'art.42, comma 5, del D.Lgs n. 151/2001, di poter usufruire di un congedo straordinario retribuito dal 01 luglio al 31 agosto 2023 per un totale di 62 giorni per assistere la propria madre "portatrice di handicap in situazione di gravità" riconosciuta ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge n. 104 del 05.02.1992;

Visti:

- l'art. 42 commi da 5 a 5 quinquies del Dlgs n. 151/2001;
- l'art. 4 comma 2 della Legge 8 marzo 2000, n. 53;
- la circolare del Ministero dell'Economia e delle Finanze n. 487 del 25.02.2005;

Decreta

Per i motivi indicati in premessa che qui si intendono integralmente richiamati

Prendere atto della richiesta della dipendente matricola 3563 di un congedo frazionato retribuito per la durata di giorni 62 , dal 01 luglio al 31 agosto 2023, ai sensi dell'art. 42 comma 5 del D.lgs. 151/2001, per assistere la propria madre "portatrice di handicap in situazione di gravità" riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n. 104 del 05.02.1992;

Dare atto che alla dipendente di che trattasi durante il periodo di congedo straordinario, ai sensi dell'art. 42 comma 5 ter del D.Lgs. 151/2001, compete una indennità corrispondente all'ultima retribuzione, con riferimento alle voci fisse e continuative del trattamento economico;

Dare atto che il periodo di congedo straordinario è utile ai fini del trattamento di quiescenza, mentre non è valutabile né ai fini del trattamento di fine servizio e non produce effetti né sulla tredicesima mensilità né sulle ferie;

Trasmettere copia del presente provvedimento alla dipendente.

Il Responsabile Ufficio Personale
Dott. Antonino Castriciano



Il Dirigente Amministrativo



Il Direttore Generale f.f.
Ing. Dario Costantino



ISTANZA E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E ATTO NOTORIETA'
PER ASSISTERE IL GENITORE CONVIVENTE

Il/La sottoscritto/a
 nato/a prov. il
 residente a: prov. Via n.
 in servizio presso

CHIEDE

un congedo ai sensi dell'art. 42, comma 5, D.Lgs. 151/2001, dal al
 per assistere il GENITORE nato/a il
 residente a: prov. Via n.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere o falsità in atti, richiamate dall'art. 76 - D.P.R. n. 445/2000 e consapevole che, qualora dai controlli previsti dall'art. 71 citato DPR emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, è prevista la decadenza dei benefici conseguiti,

DICHIARA

Che il familiare è nelle condizioni previste dall'art. 3, comma 3, legge 104/1992 come da allegati
 Che il/la sottoscritto/a è (barrare la casella) celibe/mubile coniugato/a divorziato/a vedovo/a
 Che il familiare da assistere è (barrare la casella) celibe/mubile coniugato/a divorziato/a vedovo/a
 Che all'anagrafe del Comune di residenza comune prov.
 è registrato il seguente stato di famiglia del/della sottoscritto/a

| cognome | nome | data di nascita | relazione | codice fiscale |
|---|------|-----------------|-------------|----------------|
| Consorzio per le AUTOSTRADE SICILIANE | | | DICHIARANTE | |
| Prot. 17202 | | | | |
| del 08-06-2023 Sez. A | | | | |
|  | | | | |

Che il familiare da assistere NON è ricoverato a tempo pieno;
 Che il familiare da assistere è ricoverato a tempo pieno e necessita di specifica assistenza come da allegati;
 Che l'assistito NON è lavoratore dipendente;
 Che l'assistito è lavoratore dipendente e che durante il periodo dell'assistenza non presta attività lavorativa;
 Che tra i soggetti legittimati, in ordine di priorità il/la sottoscritto/a è l'unico familiare convivente - in quantità di FIGLIO/FIGLIA - in grado di prestare assistenza in quanto, gli altri famigliari dell'assistito: coniuge, padre, madre, si trovano nelle condizioni indicate nelle dichiarazioni allegate con il modello B.

Consorzio Autostrade Siciliane
Posta in Entrata

07 GIU. 2023

DIR. GEN. D.A. D.A.T.E.

di aver usufruito di precedenti periodi di congedo allo stesso titolo dal al
 dal al
 dal al
 dal al
 TOTALE GG.

di NON aver usufruito di precedenti periodi allo stesso titolo
 di aver usufruito di precedenti periodi di aspettativa a vario titolo
 di NON aver usufruito di alcun periodo di aspettativa a vario titolo

22/06/2023
 Deve parlare l'aspettat. in
 alla data possibile -
 Nulla osta

FIRMA


Il presente può essere inviato anche in fax o e-mail con allegata fotocopia del documento di identità di chi la sottoscrive.
 I dati sopra riportati sono trattati ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e sono acquisiti esclusivamente per l'eventuale accoglimento dell'istanza e per la trasmissione dei dati ai sensi dell'art. 24 della Legge n. 183/2010; il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi, comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E ATTO NOTORIETA'
 assenza di coniuge e/o genitori

(da allegare solo alle domande redatte su modelli A e B)

Il/La sottoscritto/a cognome nome
 nato/a provincia il
 residente a: prov. Via n.

in relazione alla richiesta di un periodo di congedo ai sensi dell'art. 42, comma 5 D.Lgs. 151/2001;
 consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere o falsità in atti, richiamate dall'art. 76, DPR n. 445/2000
 e consapevole che, qualora dai controlli previsti dall'art. 71 citato DPR emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, è
 prevista la decadenza dai benefici conseguiti;

DICHIARA

(barrare le caselle di interesse)

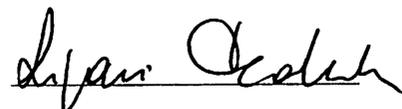
di assistere il familiare di seguito indicato genitore convivente A fratello/sorella convivente B
 cognome e nome nato a in data
 residente a: prov. Via n.

e che, il CONIUGE e GENITORE dell'assistito si trovano nelle seguenti condizioni:

| | |
|--|---|
| quadro 1 | <input type="checkbox"/> il coniuge dell'assistito <input type="text" value="LIPARI GIOVANNI"/> nato il <input type="text" value="24"/> <input type="text" value="06"/> <input type="text" value="1931"/> |
| | <input type="checkbox"/> è mancante per i seguenti motivi: |
| | <input checked="" type="checkbox"/> è deceduto |
| | <input type="checkbox"/> non convive con l'assistito |
| | <input type="checkbox"/> è separato legalmente |
| <input type="checkbox"/> è stata giuridicamente accertata la scomparsa di fatto dal domicilio o dalla residenza | |
| <input type="checkbox"/> ha patologia invalidante (stato morboso certificato come invalidante da commissioni medico-legali o da ASL o da struttura convenzionata con ASL, nonché ulteriori fattispecie riconducibili, in modo espresso e univoco, ad una delle situazioni previste dall'art. 2, co. 1, lett. d), numeri 1, 2, 3 e 4 Decreto Interministeriale n. 278 del 21/07/2000, reperibile su www.normattiva.it . Si allega certificazione medica in tal senso. | |
| quadro 2 | <input type="checkbox"/> il padre dell'assistito è mancante per i seguenti motivi: |
| | <input type="checkbox"/> inesistenza del nubilato |
| | <input type="checkbox"/> l'assistito è figlio naturale non riconosciuto |
| | <input type="checkbox"/> il padre dell'assistito <input type="text"/> nato il <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | <input type="checkbox"/> è mancante per i seguenti motivi: |
| <input type="checkbox"/> è deceduto il <input type="text"/> | |
| <input type="checkbox"/> è stata giuridicamente accertata la scomparsa di fatto dal domicilio o dalla residenza | |
| <input type="checkbox"/> ha patologia invalidante (stato morboso certificato come invalidante da commissioni medico-legali o da ASL o da struttura convenzionata con ASL, nonché ulteriori fattispecie riconducibili, in modo espresso e univoco, ad una delle situazioni previste dall'art. 2, co. 1, lett. d) numeri 1, 2, 3 e 4 Decreto Interministeriale n. 278 del 21/07/2000, reperibile su www.normattiva.it . Si allega certificazione medica in tal senso. | |
| quadro 3 | la madre dell'assistito <input type="text"/> nato il <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | <input type="checkbox"/> è mancante per i seguenti motivi: |
| | <input type="checkbox"/> è deceduta il <input type="text"/> |
| | <input type="checkbox"/> è stata giuridicamente accertata la scomparsa di fatto dal domicilio o dalla residenza |
| | <input type="checkbox"/> ha patologia invalidante (stato morboso certificato come invalidante da commissioni medico-legali o da ASL o da struttura convenzionata con ASL, nonché ulteriori fattispecie riconducibili, in modo espresso e univoco, ad una delle situazioni previste dall'art. 2, co.1, lett. d) numeri 1, 2, 3 e 4, Decreto Interministeriale n. 278 del 21/07/2000, reperibile su www.normattiva.it . Si allega certificazione medica in tal senso. |

DATA _____

FIRMA



Cognome _____ Nome _____

ELENCO DEI DOCUMENTI per la richiesta di un congedo ai sensi art. 42, comma 5, D.Lgs. 151/2001

Istanza per assistere il **GENITORE** convivente:

1. Istanza redatta su modello **A**
2. Copia conforme all'originale (completa in ogni sua parte, ad eccezione della diagnosi) del verbale della Commissione medico-legale prevista dall'art. 4 della Legge 104/92 (o dichiarazione provvisoria rilasciata dal "medico specialista nella patologia denunciata, in servizio presso la stessa ASL cui è assistito l'interessato", ai sensi dell'art. 2, comma 2, della legge 423/93), attestante la situazione di **gravità dell'handicap**, ai sensi dell'art. 3, comma 3 della citata legge 104/92;
3. **Solo in caso di ricovero a tempo pieno:** documentazione medica originale da cui risulta la necessità che per l'intera durata del congedo, la persona che presta assistenza sia presente presso la struttura ove l'assistito è ricoverato a tempo pieno ALL. nr. _____
4. Dichiarazione redatta sul modello "E" concernente la mancanza di coniuge e genitori dell'assistito.
5. **Solo se la mancanza del coniuge convivente e dei genitori dell'assistito è dovuta a patologia invalidante:** documentazione medica in originale rilasciata per ciascun interessato da commissione medico-legali o da ASL o da struttura convenzionata con ASL, attestante la patologia invalidante, quale stato morboso certificato come invalidante, nonché ulteriori fattispecie riconducibili, in modo espresso ed univoco ad una delle situazioni previste dall'art. 2, comma 1 lett. d), num. 1, 2, 3 e 4, Decreto Interministeriale n. 278 del 21/07/2000 reperibile su www.normattiva.it: NR. CERT. _____

Istanza per assistere il **FRATELLO/SORELLA** convivente:

1. Istanza redatta sul modello **B**
2. Copia conforme all'originale (completa in ogni sua parte, ad eccezione della diagnosi) del verbale della Commissione medico-legale prevista dall'art. 4 della Legge 104/92 (o dichiarazione provvisoria rilasciata dal "medico specialista nella patologia denunciata, in servizio presso la stessa ASL cui è assistito l'interessato", ai sensi dell'art. 2, comma 2, della legge 423/93), attestante la situazione di **gravità dell'handicap**, ai sensi dell'art. 3, comma 3 della citata legge 104/92;
3. **Solo in caso di ricovero a tempo pieno:** documentazione medica originale da cui risulta la necessità che per l'intera durata del congedo, la persona che presta assistenza sia presente presso la struttura ove l'assistito è ricoverato a tempo pieno ALL. nr. _____
4. Dichiarazione redatta su modello "E" concernente la mancanza di coniuge e/o genitori dell'assistito.
5. Dichiarazione redatta su modello "F" concernente la mancanza/impossibilità dei figli dell'assistito.
6. **Solo se la mancanza del coniuge convivente e dei genitori dell'assistito è dovuta a patologia invalidante:** documentazione medica in originale rilasciata per ciascun interessato da commissione medico-legali o da ASL o da struttura convenzionata con ASL, attestante la patologia invalidante, quale stato morboso certificato come invalidante, nonché ulteriori fattispecie riconducibili, in modo espresso ed univoco ad una delle situazioni previste dall'art. 2, comma 1 lett. d), num. 1, 2, 3 e 4, Decreto Interministeriale n. 278 del 21/07/2000 reperibile su www.normattiva.it: NR. CERT. _____

Istanza per assistere **FIGLIO/FIGLIA** anche non convivente:

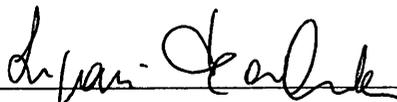
1. Istanza redatta su modello **C**
2. Copia conforme all'originale (completa in ogni sua parte, ad eccezione della diagnosi) del verbale della Commissione medico-legale prevista dall'art. 4 della Legge 104/92 (o dichiarazione provvisoria rilasciata dal "medico specialista nella patologia denunciata, in servizio presso la stessa ASL cui è assistito l'interessato", ai sensi dell'art. 2, comma 2, della legge 423/93), attestante la situazione di **gravità dell'handicap**, ai sensi dell'art. 3, comma 3 della citata legge 104/92;
3. **Solo in caso di ricovero a tempo pieno:** documentazione medica originale da cui risulta la necessità che per l'intera durata del congedo, la persona che presta assistenza sia presente presso la struttura ove l'assistito è ricoverato a tempo pieno ALL. nr. _____
4. **Solo se la mancanza del coniuge convivente e dei genitori dell'assistito è dovuta a patologia invalidante:** documentazione medica in originale rilasciata per ciascun interessato da commissione medico-legali o da ASL o da struttura convenzionata con ASL, attestante la patologia invalidante, quale stato morboso certificato come invalidante, nonché ulteriori fattispecie riconducibili, in modo espresso ed univoco ad una delle situazioni previste dall'art. 2, comma 1 lett. d), num. 1, 2, 3 e 4, Decreto Interministeriale n. 278 del 21/07/2000 reperibile su www.normattiva.it: NR. CERT. _____

Istanza per assistere **CONIUGE** convivente:

1. Istanza redatta su modello **D**
2. Copia conforme all'originale (completa in ogni sua parte, ad eccezione della diagnosi) del verbale della Commissione medico-legale prevista dall'art. 4 della Legge 104/92 (o dichiarazione provvisoria rilasciata dal "medico specialista nella patologia denunciata, in servizio presso la stessa ASL cui è assistito l'interessato", ai sensi dell'art. 2, comma 2, della legge 423/93), attestante la situazione di **gravità dell'handicap**, ai sensi dell'art. 3, comma 3 della citata legge 104/92;
3. **Solo in caso di ricovero a tempo pieno:** documentazione medica originale da cui risulta la necessità che per l'intera durata del congedo, la persona che presta assistenza sia presente presso la struttura ove l'assistito è ricoverato a tempo pieno ALL. nr. _____

Data _____

Firma _____



Diagnosi Funzionale:

Diagnosi ICD9:

CODICE - 250

CODICE - 331.2

CODICE - 414

CODICE - 585

Giudizio Conclusivo:

Grado invalidità

Portatore di handicap in situazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, L.5.2.1992, n.104

L'OPERATORE SOCIALE, NON PRESENTE ALLA VISITA, ESPRIME PARERE SU ATTI.

REVISIONE: No

Requisiti di cui all'art. 4 del D.L. 9 febbraio 2012 n.5

è invalido con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta (art. 381 del DPR 495/1992)

è portatore di handicap con ridotte o impedito capacità motorie permanenti (art. 8 della legge n. 449/1997)

Commissione:

Presidente BRIGUGLIO CARMELO ANTONIO

Componente BALLETTA MARIO

Operatore Sociale VINCI ENRICA

Medico di Categoria CAMINITI SALVATORE

Luogo:MESSINA (ME)

Data verbale 07/01/2020

Firme autografe sostituite a mezzo stampa ai sensi dell'art.3 comma 2 del D.lgs. n.39 del 1993

VERBALE DEFINITIVO AI SENSI DELL'ART.20 COMMA 1 DELLA LEGGE 3 AGOSTO 2009 N. 102