

DECRETO DIRIGENZIALE n. *431* /DA del *02 AGO. 2023*

OGGETTO: Concessione permessi mensili retribuiti - art. 33, comma 3 Legge n° 104/92 e ss.mm.ii.
Dipendente matr. n° **3521**, nata il 02/09/1968 – Liv. C .

IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO

VISTA la Legge n° 104/92, art. 33, comma 3 e s.m.i., apportate dall'art. 24 Legge n° 183 del 04/11/2010 che recita testualmente: *"A condizione che la persona con handicap non sia ricoverata a tempo pieno, il lavoratore dipendente, pubblico o privato, che assiste la persona con handicap in situazione di gravità, coniuge, parente o affine entro il secondo grado, ovvero entro il terzo grado qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità, abbiano compiuto i sessantacinque anni di età oppure siano anch'essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti, ha diritto a fruire di tre giorni di permesso mensile retribuito coperto da contribuzione figurativa, anche in maniera continuativa. Il predetto diritto non può essere riconosciuto a più di un lavoratore dipendente per l'assistenza alla stessa persona con handicap in situazione di gravità. Per l'assistenza allo stesso figlio con handicap in situazione di gravità, il diritto è riconosciuto ad entrambi i genitori, anche adottivi, che possono fruirne alternativamente. Il dipendente, ha diritto a prestare assistenza nei confronti di più persone in situazione di handicap grave, a condizione che si tratti del coniuge o di un parente o affine entro il primo grado o entro il secondo grado qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i 65 anni di età oppure siano anch'essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti";*

VISTA la circolare n° 8/08 del Dipartimento Funzione Pubblica;

VISTA, altresì, la circolare n° 13/10 del Dipartimento Funzione Pubblica;

VISTO il D. Lgs. 30 giugno 2022, n. 105, che ha riformulato il comma 3 dell'articolo 33 della legge 104/1992 eliminando il principio del *referente unico dell'assistenza* ; tale previsione normativa comporta, pertanto, che, a far data dal 13 agosto 2022, più soggetti aventi diritto possano richiedere l'autorizzazione a fruire dei permessi per l'assistenza alla stessa persona disabile grave;

VISTO il messaggio n. 3096 del 5 agosto 2022 da parte dell'INPS;

VISTA l'istanza , con acclusa dichiarazione di responsabilità, datata 29/06/2023, assunta al protocollo generale dell'Ente in pari data, presentata dalla dipendente matr. n° 3521 ed intesa ad ottenere i permessi mensili, per l'assistenza della propria madre, in quanto soggetto portatore di handicap grave, ai sensi dell'art. 33, comma 3 della Legge 104/92 e ss.mm.ii.;

VISTO il verbale sanitario definitivo, rilasciato dall'ASL di Giarre (CT) in data 09/12/2019, al soggetto disabile, riconosciuto *"portatore di handicap in situazione di gravità (comma 3, art. 3 Legge n° 104 del 05/02/1992)";*



CONSIDERATO che è obbligo per il dipendente, comunicare preventivamente, per motivi di organizzazione dell'ufficio di appartenenza, la programmazione dei permessi mensili da usufruire ed inoltre, comunicare entro il termine di gg. 30, ogni variazione che potrà incidere sul diritto alla fruizione di detti permessi;

RITENUTO, sulla scorta delle dichiarazioni e certificazioni rese e della normativa vigente, di dover accogliere la richiesta della dipendente in argomento concedendo alla stessa, i benefici previsti dall'art. 33 comma 3 della L. 104/92 e s.m.i., per assistere il familiare portatore di handicap in situazione di gravità.

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

DECRETA

RICONOSCERE alla dipendente matricola n. 3521 i benefici previsti dall'art. 33 comma 3 della L. 104/92 e s.m.i., per assistere il familiare portatore di handicap in situazione di gravità.

AUTORIZZARE la dipendente matricola n° 3521 ad assentarsi dal servizio per giorni 3 (tre), usufruendo di permessi mensili in maniera continuativa, o frazionati per un massimo di 18 ore mensili, in applicazione della normativa vigente.

DARE MANDATO all'Ufficio Gestione Risorse Umane per l'attuazione del presente provvedimento;

TRASMETTERE copia del presente Decreto

- alla Dipendente interessata;

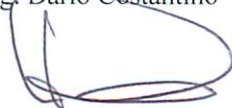
IL Responsabile Ufficio Personale
Dott. Walter Zampogna



Il Dirigente Amministrativo



Il Direttore Generale f.f.
Ing. Dario Costantino



AL CONSORZIO PER LE AUTOSTRADE SICILIANE

UFFICIO GESTIONE RISORSE UMANE

C/DA SCOPPO 98121 MESSINA

Per

Consorzio Autostrade Siciliane Posta in Entrata		
29 GIU. 2023		
DIR. GEN.	D.A.	D.A.T.E.

(Handwritten mark)

La sottoscritta Nizeti Panebianco Maria Carmela nata a Riposto il 02/09/1968 e residente in Giarre via G. Gioberti n. 12, in servizio presso codesto Ente, uff. Punto Blu di CT.

CHIEDE le agevolazioni previste dall'art.33, 3° comma della legge n.104/92. per assistere il proprio familiare portatore di handicap in situazione di gravita'.

Allego:

- istanza di riconoscimento agevolazioni;
- verbale della commissione medica;
- fotocopie documento di riconoscimento.

Consorzio per le
AUTOSTRADE SICILIANE
Prot. 20077
del 04-07-2023 Sez. A



Distinti saluti

(Handwritten signature)

29-06-2023

Al

Consorzio per le Autostrade Siciliane
Ufficio Gestione Risorse Umane
C/da Scoppo

98121 MESSINA

**ISTANZA DI RICONOSCIMENTO DELLE AGEVOLAZIONI PREVISTE DALLA LEGGE 104/92
E SUCC. MOD. E DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'
resa ai sensi della normativa vigente in materia di autocertificazioni
(per ogni familiare da assistere)**

Il sottoscritto NICOLA PANEBIANCO MARIA C. nato a RIPOSTO il 02/09/1968,
residente a GiARLE in via G. BOBETTI, 12, in atto servizio presso il
Consorzio delle Autostrade Siciliane, con qualifica di ATE,

CHIEDE:

che gli venga riconosciuto il diritto a fruire delle agevolazioni previste dall'art. 33, 3° comma, della legge n° 104/92, come modificato dal Decreto Legislativo 18 luglio 2011 nr. 119, art. 6, in attuazione dell'art. 23 della legge n° 183/2010, per assistere il proprio familiare/affine portatore di handicap in situazione di gravità.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere o falsità in atti, richiamate dall'art. 76 del DPR n° 445/2000 e consapevole che, qualora dai controlli previsti dall'art. 71 dello stesso DPR n° 445/2000 emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, è prevista la decadenza dai benefici conseguiti, ai sensi dell'art. 75 del DPR stesso.

DICHIARA:

- che il familiare/affine entro il 2° grado che assiste è il/la MADRE, Sig./ra SEVERI FRANCESCA, nato/a a RIPOSTO il 09/10/1966 residente a RIPOSTO in Via ETNA, 168,
ovvero
di 3° grado in quanto _____ e si trova in una delle condizioni previste dall'art. 24, 1° comma, della legge n° 183/2010, come da documentazione allegata;
- che il disabile, presenta situazione di handicap con connotazione di gravità, ai sensi dell'art. 3, comma 3 della Legge 104/92 ed è bisognoso di assistenza continua, permanente ed in via esclusiva;
- che non vi sono altri conviventi, parenti o affini entro il 3° grado, per prestare assistenza al disabile e di essere l'unico membro della famiglia in grado di provvedere a tale assistenza;
- che l'assistito **NON** è ricoverato a tempo pieno presso istituti o strutture specializzate;
ovvero
che l'assistito è ricoverato a tempo pieno nella struttura sanitaria _____ dislocata a _____ in via _____, e bisognoso di assistenza in quanto minore di età o paziente in stato di coma vigile e/o terminale, come da documentazione allegata;

- di impegnarsi a comunicare entro il termine di gg. 30 dall'evento, eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate nella presente istanza con particolare riguardo alla condizione di ricovero a tempo pieno dell'assistito, alla revoca del giudizio di "gravità dell'handicap" o a decesso del disabile.

Si allega alla presente la seguente documentazione:

1. Verbale medico (in copia integrale autenticata) di riconoscimento handicap grave nr. _____ del 09/12/2019 rilasciato dalla struttura sanitaria _____ di _____;
2. Documento di riconoscimento del familiare per il quale viene avanzata la suddetta richiesta:

3. _____;
4. _____

Data 29/06/2023

Quanto dichiarato nella presente istanza, costituisce autocertificazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000.

FIRMA



La presente istanza può essere inviata anche in fax o e-mail purchè con fotocopia di documento di identità di colui che 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.

Cognome... SCUDERI
 Nome... FRANCESCA
 nato il... 09/10/1946
 (atto n... 295... P... J... S... A... 1946...)
 a... RIPOSTO... (CT)
 Cittadinanza... ITALIANA
 Residenza... RIPOSTO
 Via... VIA ETNA 148
 Stato civile... LIBERO
 Professione... CASALINGA
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura... 1,53 MI
 Capelli... CASIANI
 Occhi... CASIANI
 Segni particolari... NISSUNO




Firma del titolare... *Scuderi Francesca*
 RIPOSTO (CT) 13/04/2015
 IL SINDACO
 Impronta del dito indice sinistro

 ORDINE DEL SINDACO
 GIULIO GIUSEPPE



SCADENZA 09/10/2025
 Euro: 5,42
 AV 6525097 818

REPUBBLICA ITALIANA

 COMUNE DI
 RIPOSTO (CT)
 CARTA D'IDENTITA
 N° AV 6525097
 DI
 SCUDERI
 FRANCESCA



M8PA/PAC/0006/2017
0037
RICO06FA4590010006 01 RM02
32273381 MPA71306005913
38 10 DCOP00799

RK2



68957852107-8

FRANCESCA SCUDERI
VIA ETNA, 148
95018 RIPOSTO CT

Gentile SCUDERI FRANCESCA,

le trasmetto il verbale sanitario contenente il giudizio definitivo espresso dall'INPS sull'accertamento dell'invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità. Le ricordo che, avverso tale decisione, può presentare ricorso innanzi all'Autorità giudiziaria ordinaria entro il termine di sei mesi dalla data di ricevimento di questa comunicazione.

Cordiali saluti.

Il direttore della Sede

Sul sito internet www.inps.it può controllare lo stato della sua domanda e le relative comunicazioni utilizzando per l'accesso il PIN in suo possesso oppure può rivolgersi all'Ente di patronato da Lei scelto. Telefonando al numero gratuito 803 164 un operatore sarà a Sua disposizione per informazioni e notizie dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 20 e il sabato dalle ore 8 alle ore 14.

ASL

16 COM DICEMBRE 19
VIALE DON MINZONI, 1 95014
GIARRE - CT - SICILIA

COMMISSIONE MEDICA PER L'ACCERTAMENTO DELL' HANDICAP
(Legge del 5 febbraio del 1992 n. 104 - Legge 3 agosto 2009 n. 102 art. 20)

Data visita: 9/12/2019 Data definizione: 9/12/2019 Tipo accertamento: Ambulatoriale / aggravamento
Data domanda: 30/8/2019 N. Domanda: 3940827701405 Tipo domanda: L.104/92
SCUDERI FRANCESCA C.F.: SCDFNC46R49H325V
Data di nascita: 9/10/1946 Luogo di nascita: RIPOSTO (CT) Stato civile: Vedovo/a
Residenza: VIA ETNA, 148 95018 RIPOSTO (CT)
Documento di riconoscimento: Carta di Identita' av6525097 13/4/2015 Comune di riposto
Attivita' lavorativa: Pensionato

Dati anamnestici: OMISSIS

Esame obiettivo: OMISSIS

Accertamenti disposti: OMISSIS

Documentazione acquisita: OMISSIS

Parere dell'esperto: OMISSIS

Diagnosi: OMISSIS

Codice ICD9

OMISSIS

Diagnosi funzionale: OMISSIS

Ai sensi dell'art. 4 della legge 05 febbraio 1992 n.104, la Commissione Medica riconosce l'interessato:
PORTATORE DI HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITA' (COMMA 3 ART.3)

Ricomono le previsioni di cui:

-l'interessato non possiede alcun requisito tra quelli di cui all'art. 4 D.L. 9 febbraio 2012 n. 5

REVISIONE: NO

Presidente: SALVATORE DAMIANO PENNISI

Medico Inps: VINCENZO VALENTI

Componente: GAETANO POLIZZA FAVALORO

Componente: CARMELO ANTONIO SAMBATARO

Esperto: FRANCA STEFANA GERMANA'

Operatore Sociale: MICHELA MELFA

Medico di Categoria dell'Associazione AC-ANMIC: ALFIO ANTONIO SORBELLO


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

UOC/UOS TERRITORIALE INPS 2100 - CML di CATANIA

DATA 14/1/2020, RESPONSABILE UOC/UOS O SUO DELEGATO : VINCENZO VALENTI

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

Cognome **NIZETI PANEBIANCO**
 Nome **MARIA CARMELA**
 nato il **2/09/1968**
 (atto n. **90** P. **1** S. **A**)
 a **RIPOSTO** (..... **GR**)
 Cittadinanza **ITALIANA**
 Residenza **GIARRE**
 Via **V. GIOBERTI 12**
 Stato civile **///////**
 Professione **IMPIEGATA**
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura **1,58**
 Capelli **CASTANI**
 Occhi **CASTANI**
 Segni particolari *********



Firma del titolare *M. Panebianco*
GIARRE il **08/05/2013**
 Impronta del dito indice sinistro
 IL SINDACO
 Sg. Giuseppe SANGIROLI
Giuseppe Sangirolì

Vale fino al 2/09/2023

AS 8983031

Diritti Fissi:	5,16
Diritti Segr.:	0,26

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI
GIARRE
 CARTA D'IDENTITA'
 N° AS 8983031
 DI
 NIZETI PANEBIANCO
 MARIA CARMELA