



**COMUNE DI TRABIA**  
**PROVINCIA DI PALERMO**

**DETERMINA DIRIGENZIALE**

**N. 301 del 13/05/2019**

**IL RESPONSABILE DELL' Area 01 AA.GG ed Ec.  
Finanziari\\Ufficio Affari istituzionali**

---

**Oggetto:**

Concessione permessi ai sensi della Legge n.104/92 e s.m.i. al dipendente a tempo indeterminato identificato dalla matricola 57.

---

**Vista** la richiesta assunta al protocollo generale dell'Ente n. 6868 del 10/04/2019 presentata dal dipendente comunale identificato dalla matricola 57 intesa ad usufruire delle disposizioni contenute nella Legge 05/02/1992, n. 104 e s.m.i., che detta norme per la regolamentazione dell'assistenza, dell'integrazione sociale e dei diritti delle persone handicappate e dei loro parenti o assistenti ed in particolare nell'art.33, comma 3, come modificato dall'art.24 della Legge 04/11/2010, n.183;

**Considerato** che il citato dipendente ha motivato la suddetta richiesta con la necessità di dover usufruire dei benefici della sopracitata Legge per assistere il proprio figlio maggiorenne, riconosciuto portatore di handicap in situazione di gravità ai sensi dell'art.3, comma 3, della Legge 05/02/1992, n. 104 e s.m.i. con verbale di visita medica collegiale per l'accertamento dell'handicap stilato dalla competente COMMISSIONE MEDICA INTEGRATA INVALIDITA' CIVILE TER -ASL- Termini Imerese (PA) in data 26/03/2019;

**Preso atto** della richiesta di concessione dei permessi ai sensi della Legge n. 104/92 trasmessa con nota prot. n.6868 del 10 aprile 2019 inoltrata dal dipendente di cui sopra;

**Preso atto** della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (Art.46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000) resa dal dipendente di cui sopra, sotto la propria responsabilità ai sensi e per gli effetti della vigente normativa in materia di autocertificazione ed in conformità a quanto disposto dal punto 7 della Circolare n. 13 del 06/12/2010 del Dipartimento della Funzione Pubblica – Ufficio Personale pubbliche Amministrazioni – Servizio Trattamento Personale, con la quale ha dichiarato:

- Che nessun altro componente del nucleo familiare cui appartiene il Sig.Omissis usufruisce dei permessi retribuiti Legge 104/92;
- Che il Sig.Omissis non risulta ricoverato presso istituti specializzati di cura e di assistenza;
- Che il sottoscritto è l'unico referente della sua assistenza alla quale si dedica in forma esclusiva;

**Visto** il verbale di visita medica per l'accertamento dell'handicap effettuata il 26/03/2019, stilato dalla competente Commissione Medica Integrata Invalidità Civile - ASL –Termini Imerese, dalle cui risultanze si evince l'entità delle patologie da cui il dipendente disabile lavoratore è affetto e per le quali viene riconosciuto *"portatore di handicap in situazione di gravità-rivedibile nel mese di marzo 2020"* ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge n. 104/92;

**Atteso** che i permessi mensili di che trattasi sono coperti da contribuzione previdenziale ( circolare INPDAP n. 35 del 10.07.2000 e D.Lgs n.564/1996);

**Vista** la Circolare INPS n. 127 del 08 luglio 2016;

**Visto** l'art. 33, del C.C.N.L. – Comparto Regioni ed Autonomie Locali triennio 2016/2018, il quale dispone, tra l'altro, che i permessi di cui all'oggetto possono essere utilizzati anche ad ore;

#### **Richiamati:**

- la circolare del Ministero della Funzione Pubblica n. 90543/7/488 del 26 giugno 1992;
- la Legge 104/92 come modificata dalla Legge 8 marzo 2000 n. 53;
- l'art.33, comma 1, C.C.N.L. 2016/2018;
- la circolare dell'Inps n.45 del 03/01/2011 - art. 42 del D.lgs 151/2001, come modificati dalla L. 183/2010 e dal D.lgs. 119/2011;

**Ritenuto**, per tutto quanto sopra esposto, di poter concedere al dipendente i permessi in oggetto sino all'esito della revisione prevista nel marzo 2020;

### **DETERMINA**

Per le motivazioni di cui in premessa, che si intendono interamente richiamate;

- 1) Di prendere atto della domanda di ammissione alla fruizione dei benefici per l'assistenza al proprio figlio maggiorenne in condizione di disabilità grave ai sensi della Legge n. 104/92 e s.m.i., presentata dal dipendente comunale identificato dalla matricola 57 , assunta al protocollo generale dell'Ente al n.6868 in data 10.04.2019;
- 2) Di prendere atto delle dichiarazioni rese dal dipendente di cui sopra;
- 3) Di prendere atto del verbale di visita medica collegiale per l'accertamento dell'handicap effettuata il 23/03/2019, stilato dalla competente Commissione Medica Integrata Invalidità Civile ASL –Termini Imerese, dalle cui risultanze si evince l'entità delle patologie dalle quali è affetto il Sig. Omissis e per le quali viene riconosciuto *"portatore di handicap in*

*situazione di gravità-rivedibile nel mese di marzo 2020*”ai sensi dell’art.3 comma 3 della legge n. 104/92;

- 4) Di autorizzare il dipendente con matricola 57, avente rapporto di lavoro a tempo indeterminato, ad usufruire dei permessi in modalità di tre giorni o, in alternativa, di 18 ore mensili;
- 5) Di precisare che il richiedente è tenuto a comunicare con tempestività, non oltre 30 giorni dall’avvenuto cambiamento, le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni accertate d’ufficio al momento della richiesta o contenute in dichiarazioni sostitutive prodotte dallo stesso, indicando in tal caso gli elementi necessari per il reperimento delle variazioni, ovvero producendo una nuova dichiarazione sostitutiva;
- 6) Di dare atto che per motivi di organizzazione dell’Ufficio di appartenenza, la fruizione dei permessi è subordinata alla preventiva presentazione della comunicazione inerente la programmazione mensile degli stessi;
- 7) Di trasmettere copia del presente provvedimento all’interessato dipendente comunale matricole 57 e al responsabile dell’Area VI Polizia Municipale;
- 8) Di trasmettere il presente provvedimento per opportuna informazione al Segretario Comunale.

<b>Anno Registrazione:</b> _____ <b>Totale:</b> _____ <b>N. Impegno/data:</b> <i>vedi allegato</i> <b>Capitolo:</b> _____	
<b>ANNO IMPUTAZIONE</b>	<b>IMPORTO IMPUTAZIONE</b>
<b>2017</b>	
<b>2018</b>	
<b>2019</b>	

Trabia, li 13/05/2019

**IL RESPONSABILE DELL'AREA**  
**Area 01 AA.GG ed Ec.**  
**Finanziari\\Ufficio Affari istituzionali**

**Taormina Antonino**

(Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. 82/2005 s.m.i. e norme collegate, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa)

**VISTO DI REGOLARITA' CONTABILE**

Si oppone visto di regolarità contabile attestante la copertura finanziaria ai sensi e per gli effetti dell'art. 151 comma 4, del D.Lgs. n.267/2000.

**Il Responsabile dell'Area Finanziaria**

(Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. 82/2005 s.m.i. e norme collegate, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa)

**PUBBLICAZIONE**

Copia della presente è stata pubblicata all'Albo dell'Ente per 15 giorni consecutivi

**Il Funzionario incaricato**

