

**PERMESSI
NON DISCREZIONALI**

**MODELLO IN USO AL
13/10/2009**

Chiede:

- la concessione di un periodo di assenza dal _____ al _____
- **PERMESSO RETRIBUITO per:**
 - matrimonio (fruiti anche entro 30 gg. dalla celebrazione);
 - concorsi/ esami (max 8 gg. anno comprensivi anche di attività di aggiornamento);
 - lutto* (3gg. per evento: coniuge, convivente, parenti entro il 2° grado ed affini entro il 1° specificare _____);
 - cariche elettive (art. 79 D.Lgs. 267/2000);
 - () Consiglio () Sindaco
 - () Commissione Consigliare () Assemblea () Giunta dalle ore _____ alle ore _____
 - donazione gratuita sangue - midollo osseo (art. 13 L.n. 107/90 - art. 5 L. n. 52/01);
 - assistenza a portatore di handicap* (art. 33 Legge n. 104/92) dalle ore _____ alle ore _____
 - grave infermità* del coniuge, convivente e parenti entro il 2° (max 3 gg. anno - specificare) _____
 - controlli prenatali (art. 14 D.Lgs. 151/01) dalle ore _____ alle ore _____

PROPOSTA:

sostituire il modello in uso con tre nuovi modelli suddivisi per

- PERMESSI PREVISTI DAI CCNL
- PERMESSO PER L. 104/92
- PERMESSI DISCIPLINATI DA LEGGI

APPROVATA IL 13/10/2009

PERMESSI PREVISTI DAI CCNL

PERMESSO PER MATRIMONIO

- **Previsto dall'art.21 comma 3 CCNL 1994/1997 Comparto Sanità
dall'art.23 comma 2 CCNL 1994/1997 Dirigenza Medica
dall'art.22 comma 2 CCNL 1994/1997 Dirigenza non Medica**
- **15 GIORNI consecutivi fruibili dalla data del matrimonio e anche
entro 30 gg dalla celebrazione**
- **Fruibili esclusivamente a GIORNI**

PERMESSO PER CONCORSI

- **Previsto dall'art.21 comma 1 CCNL 1994/1997 Comparto Sanità
dall'art.23 comma 1 CCNL 1994/1997 Dirigenza Medica
dall'art.22 comma 1 CCNL 1994/1997 Dirigenza non Medica**
- **8 GIORNI all'anno fruibili limitatamente ai giorni di svolgimento
delle prove e comprensivi anche delle giornate di aggiornamento
professionale facoltativo**
- **Fruibili esclusivamente a GIORNI**

PERMESSO PER LUTTO

- **Previsto dall'art.1 D.M. 278/00**
- **Migliorato dall'art.21 comma 1 CCNL 1994/1997 Comparto Sanità
dall'art.23 comma 1 CCNL 1994/1997 Dirigenza Medica
dall'art.22 comma 1 CCNL 1994/1997 Dirigenza non Medica**
- **3 GIORNI per evento per lutto del coniuge/convivente, parenti
entro il 2° grado, e affini entro il 1°. Fruibili entro 7 giorni
dall'evento, i giorni richiesti devono ricomprendere la data del
decesso oppure quella del funerale - sempre nel limite dei 7
giorni.**
- **Fruibili esclusivamente a GIORNI**

Chiede:

la concessione di un periodo di assenza dal _____ al _____

• **PERMESSO RETRIBUITO per:**

- matrimonio (fruibili dalla data del matrimonio anche entro 30 gg. dalla celebrazione);
- concorsi/ esami (max 8 gg./anno limitatamente ai gg di svolgimento delle prove; comprensivi anche di attività di aggiornamento facoltativo);
- lutto (3gg. per evento; fruibili entro 7 gg. comprendenti data decesso o data funerale: coniuge, convivente, parenti entro il 2° grado ed affini entro il 1° specificare _____);

PERMESSO PER ASSISTENZA A PORTATORE DI HANDICAP

- **Previsti dall'art.33 L. 104/92**
- **Quantificabili A ORE.**

Chiede:

la concessione del/i giorno/i di assenza

il _____

il _____

il _____

la concessione di un periodo di assenza

dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____

dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____

dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____

dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____

dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____

dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____

la riduzione oraria giornaliera

(N.B. Solo per i portatori di handicap – pari a 2 ore ogni turno lavorativo di almeno 6 ore – ridotte a 1 ora per turni inferiori alle 6 ore)

**PERMESSI DISCIPLINATI
DA LEGGI**

PERMESSO PER CARICHE ELETTIVE

- Previsto dall'art.79 D.Lgs. 267/00
- Fruibili esclusivamente a GIORNI per partecipazione a CONSIGLI;
- Quantificabile A ORE per partecipazione a Commissione consiliare, Assemblea e Giunta, nonché organi esecutivi degli enti locali.

PERMESSO PER DONAZIONE GRATUITA DI SANGUE E MIDOLLO OSSEO

- Previsti dall'art.13 L. 107/90, e dall'art.5 L.52/01
- Fruibili esclusivamente a GIORNI;

PERMESSO PER GRAVE INFERMITA'

- Previsti dall'art.1 D.M. 278/00
- 3 GIORNI all'anno per grave infermità di coniuge/convivente, e parenti entro il 2° grado. La **GRAVE INFERMITA'** - definita dall'interpello 16/2008 e dalla Nota 25/11/2008 del Ministero del Lavoro - deve essere opportunamente documentata per i giorni interessati con certificazione del medico specialista o di base, certificante una grave patologia ai sensi dell'art.2 comma 1 lett.d) DM 278/00.
- Fruibili A GIORNI.

PERMESSO PER CONTROLLI PRENATALI

- Previsti dall'art.14 D.Lgs. 151/01
- Previsti per l'effettuazione di controlli prenatali nel caso in cui debbano essere eseguiti durante l'orario di lavoro - da documentare con certificazione giustificativa attestante LA DATA e L'ORARIO di effettuazione degli esami.
- Quantificabili A ORE.

Chiede

la concessione di un periodo di assenza il/dal _____ al _____

• **PERMESSO RETRIBUITO per:**

cariche elettive (art.79 D.Lgs.267/2000):

- () Consiglio () Sindaco
 - () Commissione Consigliare () Assemblea () Giunta
- dalle ore _____ alle ore _____

donazione gratuita sangue - midollo osseo (art.13 L.n.107/90 – art.5 L. n.52/01);

grave infermità del coniuge, convivente, parenti entro il 2° grado – **N.B: VEDI ALLEGATO**
(D.M. 278/00 max 3 gg.anno – specificare) _____

controlli prenatali (art.14 D.Lgs.151/01) dalle ore _____ alle ore _____

ALLEGATO

N.B. LA DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE DEVE ESSERE RILASCIATA DAL MEDICO SPECIALISTA O DAL MEDICO DI BASE E DEVE CERTIFICARE LA GRAVE PATOLOGIA NONCHE' LA SUA QUALIFICAZIONE IN TERMINI DI GRAVE INFERMITA'

• **ART.2 Comma 1 Lett.d) DM 278/00 – Patologie riconducibili a "grave infermità":**

- 1)patologie acute o croniche che determinano temporanea o permanente riduzione o perdita dell'autonomia personale, ivi incluse le affezioni croniche di natura congenita, reumatica, neoplastica, infettiva, dismetabolica, post-traumatica, neurologica, neuromuscolare, psichiatrica, derivanti da dipendenze, a carattere evolutivo o soggette a riacutizzazioni periodiche;
- 2)patologie acute o croniche che richiedono assistenza continuativa o frequenti monitoraggi clinici, ematochimici e strumentali;
- 3)patologie acute o croniche che richiedono la partecipazione attiva del familiare nel trattamento sanitario;
- 4)patologie dell'infanzia e dell'età evolutiva aventi le caratteristiche di cui ai precedenti numeri 1, 2, e 3 o per le quali il programma terapeutico e riabilitativo richiede il coinvolgimento dei genitori o del soggetto che esercita la potestà.

PERMESSI DISCREZIONALI

- ART.21 COMMA 2 CCNL COMPARTO SANITA' 1994/97
- ART.41 COMMA 1 CCNL COMPARTO SANITA' 1998/2001

FINO A 3 GIORNI O 18 ORE ALL'ANNO

- **LUTTO**
1 GIORNO per lutti di gradi di parentela ed affinità non già ricompresi dalla normativa contrattuale.
- **NASCITA FIGLI**
2 GIORNI – massimo 3 GIORNI per parto gemellare
- **MOTIVI DI SALUTE PERSONALE**
FINO A 3 GIORNI O 18 ORE - opportunitamente certificati.

• **MOTIVI DIVERSI**

Es. - Testimonianza per fatti non d'ufficio (art.23 comma 2 CCNL 2002/2005)

- Grave calamità naturale che rende oggettivamente impossibile il raggiungimento della sede di servizio, debitamente documentata dalle autorità competenti (art.23 comma 2 CCNL 2002/2005)

- Motivi di salute di parenti

- Altro

Quantificabili A ORE – subordinati ad autorizzazione
Il limite minimo è L'ORA di assenza. (L.133/2008)

**MODELLO
IN USO AL 13/10/2009**

CONFERMATO

Chiede

la concessione di un periodo di assenza dal _____ al _____
dalle ore _____ alle ore _____

PERMESSO RETRIBUITO PER MOTIVI PERSONALI

(subordinati ad autorizzazione) - (3gg. o 18 ore anno)

- lutto (max 1 giorno per parenti oltre il 2° grado ed affini oltre il 1° -
specificare: _____)
- nascita figlio (max 2 gg.- 3 gg. per parto gemellare)
- motivi di salute personale
- motivi diversi
(specificare) _____

**REGOLAMENTO AZIENDALE PER LA FRUIZIONE
DEI PERMESSI RETRIBUITI PREVISTI DALL'ART.21
COMMA 2 CCNL 1994/1997, INTEGRATO
DALL'ART.41 COMMA 1 CCNL 1998/2001**

APPROVATO AL TAVOLO TECNICO DEL 13/10/2009

Alla luce della normativa vigente, ed in particolare alla prevista possibilità di fruire di detti permessi frazionandoli ad ore, per un massimo di 18 ore all'anno, si stabilisce:

- A. Lutti per i gradi di parentela ed affinità non già ricompresi dalla normativa contrattuale, fino ad un massimo di un giorno (parenti entro il terzo grado e affini entro il secondo grado) =1 grado in più rispetto ai permessi non discrezionali.
- B. Nascita di figli: fino ad un massimo di due giorni, in caso di parto gemellare fino a tre giorni.
- C. Motivi di salute personale: da un minimo di 1 ORA (L.133/08).
- D. Motivi di salute di parenti fino al secondo grado ed affini entro il primo grado, purché conviventi e purché il richiedente risulti essere l'unico in grado di assistere il parente in oggetto (anche con autocertificazione): da un minimo di 1 ORA (L.133/08).
- E. Testimonianza per fatti non d'ufficio (art. 23 c. 2 CCNL 2002/2005)
- F. Grave calamità naturale che rende oggettivamente impossibile il raggiungimento della sede di servizio, debitamente documentata dalle autorità competenti (art. 23 c. 2 CCNL 2002/2005).

-CONTINUA-

G. Motivi diversi dai precedenti saranno valutati di volta in volta, a condizione che il dipendente richiedente non abbia disponibilità di ferie o di ore da recuperare, la valutazione in merito alla concedibilità sarà effettuata esclusivamente dal responsabile dell'ufficio del personale.

- Tutte le domande e le relative documentazioni dovranno essere presentate su apposito modello all'ufficio del personale debitamente compilate, riportante anche la firma, per presa visione, del responsabile gerarchico.
- Le domande inerenti i casi compresi di cui alle lettere A-B-C-D-E-F si intendono automaticamente accolte. In ogni caso tutte le motivazioni addotte dal richiedente dovranno essere debitamente documentate entro il quinto giorno lavorativo; qualora ciò non avvenga, il permesso retribuito sarà trasformato d'ufficio in debito orario. Nel caso in cui il dipendente non produca la documentazione relativa alla richiesta presentata in tempo utile, l'assenza sarà considerata ingiustificata.

• -CONTINUA-

- **Nota a margine**

Si ritiene utile ricordare che per i casi qui non previsti, esiste la possibilità di usufruire di PERMESSI BREVI (Art.22 CCNL 94/97) non retribuiti che dovranno quindi essere recuperati, di norma entro il mese successivo. Tali permessi non potranno superare la metà dell'orario giornaliero. L'eventuale richiesta va inoltrata, in tempo utile, al responsabile dell'unità operativa, che valuterà, in relazione alle esigenze di servizio, l'opportunità di concedere o meno il permesso.

I modelli vanno compilati:

- in ogni parte prevista
- senza cancellazioni, correzioni o abrasioni
- completi della documentazione giustificativa richiesta che attesti data e ora dell'evento in caso richiesta a ore
- laddove si preveda anche l'autocertificazione questa deve essere compilata in modo corretto, pena la sua nullità.

Al Direttore
U.O.C. Gestione Risorse Umane
Azienda Ospedaliera "Bolognini"
Via Paderno, 21 - 24068 Seriate

OGGETTO: richiesta di permesso.

Il/La sottoscritto/a _____ matr.: _____

- dipendente a tempo **indeterminato** dipendente a tempo **determinato** a tempo **pieno** a tempo **parziale**

con il profilo di _____ in servizio presso _____

CHIEDE

la concessione di un periodo di assenza dal _____ al _____

PERMESSO RETRIBUITO per:

- matrimonio (fruibili dalla data del matrimonio anche entro 30 gg. dalla celebrazione);
- concorsi/ esami (max 8 gg./anno limitatamente ai gg di svolgimento delle prove; comprensivi anche di attività di aggiornamento facoltativo);
- lutto (3gg. per evento; fruibili entro 7 gg. comprendenti data decesso o data funerale: coniuge, convivente, parenti entro il 2° grado ed affini entro il 1° specificare _____);

IL RICHIEDENTE

_____, li _____

IL RESPONSABILE GERARCHICO

RISERVATO GESTIONE RISORSE UMANE

Determinazione Dirigenziale nr. _____ del _____

IL DIRIGENTE

Visti i CC.CC.NN.LL. e le normative di settore;
Vista l'istanza ed esaminata la documentazione allegata;

DETERMINA

L'applicazione a favore del dipendente dell'Istituto contrattuale/normativo richiesto.

La presente determinazione è immediatamente esecutiva.

Seriate, li _____

IL DIRETTORE U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE
(Giacomo TESTA)

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI

(art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ Via _____ n° _____

Consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 445/00

DICHIARA

Che il Sig./a _____ nat. _____ il _____

- è parente di _____ grado/affine di _____ grado
- è coniuge/convivente
- è soggetto stabilmente convivente e che tale situazione risulta da certificazione anagrafica
- non** è soggetto stabilmente convivente
- (*) DATA EVENTO _____
LUOGO EVENTO _____

(*) compilare in caso di dichiarazioni sostitutive di nascita, matrimonio, decesso

(altro) _____

_____, li _____

(firma per esteso del dichiarante)

Nota Bene:

Parenti di 1° grado: genitori, figli; affini di 1° grado: coniugi dei figli (generi e nuore), genitori del coniuge (suoceri).

Parenti di 2° grado: fratelli, sorelle, nonni, nipoti in linea retta (figli di figli); affini di 2° grado: coniugi di fratelli e sorelle (cognati), coniugi di nipoti in linea retta.

Parenti di 3° grado: bisnonni, nipoti in linea collaterale (figli di fratelli), bisnipoti (figli di nipoti in linea retta); affini di 3° grado: i rispettivi coniugi.

Parenti di 4° grado: pronipoti (figli di figli di fratelli), cugini.

Al Direttore
U.O.C. Gestione Risorse Umane
Azienda Ospedaliera "Bolognini"
Via Paderno, 21 – 24068 Seriate

OGGETTO: richiesta di permesso.

Il/La sottoscritto/a _____ matr.: _____

dipendente a tempo **indeterminato** dipendente a tempo **determinato** a tempo **pieno** a tempo **parziale**

con il profilo di _____ in servizio presso _____

CHIEDE

la concessione di un periodo di assenza il/dal _____ al _____

PERMESSO RETRIBUITO per:

cariche elettive (art.79 D.Lgs.267/2000):

() Consiglio () Sindaco

() Commissione Consigliare () Assemblea () Giunta dalle ore _____ alle ore _____

donazione gratuita sangue - midollo osseo (art.13 L.n.107/90 – art.5 L. n.52/01);

grave infermità del coniuge, convivente, parenti entro il 2° grado – **N.B: VEDI ALLEGATO**

(D.M. 278/00 max 3 gg.anno – specificare) _____

controlli prenatali (art.14 D.Lgs.151/01) dalle ore _____ alle ore _____

IL RICHIEDENTE

_____, li _____

IL RESPONSABILE GERARCHICO

RISERVATO GESTIONE RISORSE UMANE

Determinazione Dirigenziale nr. _____ del _____

IL DIRIGENTE

Visti i CC.CC.NN.LL. e le normative di settore;

Vista l'istanza ed esaminata la documentazione allegata;

DETERMINA

L'applicazione a favore del dipendente dell'istituto contrattuale/normativo richiesto.

La presente determinazione è immediatamente esecutiva.

Seriate, li _____

IL DIRETTORE U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE
(Giacomo TESTA)

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI

(art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ Via _____ n° _____

Consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 445/00

DICHIARA

Che il Sig./a _____ nat. il _____

- è parente di _____ grado
- è coniuge/convivente
- è soggetto stabilmente convivente e che tale situazione risulta da certificazione anagrafica

_____ , il _____

(firma per esteso del dichiarante)

N.B. LA DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE DEVE ESSERE RILASCIATA DAL MEDICO SPECIALISTA O DAL MEDICO DI BASE E DEVE CERTIFICARE LA GRAVE PATOLOGIA NONCHE' LA SUA QUALIFICAZIONE IN TERMINI DI GRAVE INFERMITA'

ART.2 Comma 1 Lett.d) DM 278/00 – Patologie riconducibili a “grave infermità”:

- 1) patologie acute o croniche che determinano temporanea o permanente riduzione o perdita dell'autonomia personale, ivi incluse le affezioni croniche di natura congenita, reumatica, neoplastica, infettiva, dismetabolica, post-traumatica, neurologica, neuromuscolare, psichiatrica, derivanti da dipendenze, a carattere evolutivo o soggette a riacutizzazioni periodiche;
- 2) patologie acute o croniche che richiedono assistenza continuativa o frequenti monitoraggi clinici, ematochimici e strumentali;
- 3) patologie acute o croniche che richiedono la partecipazione attiva del familiare nel trattamento sanitario;
- 4) patologie dell'infanzia e dell'età evolutiva aventi le caratteristiche di cui ai precedenti numeri 1, 2, e 3 o per le quali il programma terapeutico e riabilitativo richiede il coinvolgimento dei genitori o del soggetto che esercita la potestà.

Parenti di 1° grado: genitori, figli; affini di 1° grado: coniugi dei figli (generi e nuore), genitori del coniuge (suoceri).

Parenti di 2° grado: fratelli, sorelle, nonni, nipoti in linea retta (figli di figli); affini di 2° grado: coniugi di fratelli e sorelle (cognati), coniugi di nipoti in linea retta.

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI

(art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
Residente in _____ Via _____ n° _____

Consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 445/00

DICHIARA

Che il Sig./a _____ nat _____ il _____

- è parente di ___ grado/affine di ___ grado
- è coniuge/convivente
- è soggetto stabilmente convivente e che tale situazione risulta da certificazione anagrafica
- non** è soggetto stabilmente convivente
- (*) DATA EVENTO _____

LUOGO EVENTO _____

(*) compilare in caso di dichiarazioni sostitutive di nascita, matrimonio, decesso

(altro) _____

_____ .li _____

(firma per esteso del dichiarante)

Nota Bene:

Parenti di 1° grado: genitori, figli; affini di 1° grado: coniugi dei figli (generi e nuore), genitori del coniuge (suoceri).

Parenti di 2° grado: fratelli, sorelle, nonni, nipoti in linea retta (figli di figli); affini di 2° grado: coniugi di fratelli e sorelle (cognati), coniugi di nipoti in linea retta.

Parenti di 3° grado: bisnonni, nipoti in linea collaterale (figli di fratelli), bisnipoti (figli di nipoti in linea retta); affini di 3° grado: i rispettivi coniugi.

Parenti di 4° grado: pronipoti (figli di figli di fratelli), cugini.

Al Direttore
U.O.C. Gestione Risorse Umane
Azienda Ospedaliera "Bolognini"
Via Paderno, 21 – 24068 Seriate

OGGETTO: richiesta di PERMESSO RETRIBUITO

per ASSISTENZA PORTATORE DI HANDICAP GRAVE – ART.33 LEGGE 104/92

Il/La sottoscritto/a _____ matr.: _____

dipendente a tempo **indeterminato** dipendente a tempo **determinato** a tempo **pieno** a tempo **parziale**

con il profilo di _____ in servizio presso _____

CHIEDE

la concessione del/i giorno/i di assenza il _____

il _____

il _____

la concessione di un periodo di assenza

dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____

dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____

dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____

dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____

dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____

dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____

la riduzione oraria giornaliera

(N.B. Solo per i portatori di handicap – pari a 2 ore ogni turno lavorativo di almeno 6 ore – ridotte a 1 ora per turni inferiori alle 6 ore)

IL RICHIEDENTE

_____, li _____

IL RESPONSABILE GERARCHICO

RISERVATO GESTIONE RISORSE UMANE

Determinazione Dirigenziale nr. _____ del _____

IL DIRIGENTE

Visti i CC.CC.NN.LL. e le normative di settore;

Vista l'istanza ed esaminata la documentazione allegata;

DETERMINA

L'applicazione a favore del dipendente dell'istituto contrattuale/normativo richiesto.

La presente determinazione è immediatamente esecutiva.

Seriate, li _____

IL DIRETTORE U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE
(Giacomo TESTA)