



REGOLAMENTO

SULL'UTILIZZO DEI PERMESSI RETRIBUITI DI CUI ALLA LEGGE N.104 DEL 5/2/1992 E SS.MM.II.

INDICE

- ART. 1 Oggetto
- ART. 2 Riferimenti normativi
- ART. 3 Generalità
- ART. 4 Aveni diritto
- ART. 5 Presentazione istanza
- ART. 6 Autorizzazione
- ART. 7 Articolazione Generale dei permessi
- ART. 8 Cumulo benefici
- ART. 9 Rivedibilità del giudizio
- ART. 10 Giustificazione dell'assenza
- ART. 11 Controlli

ART. 1 OGGETTO

1. Il presente regolamento disciplina le modalità di utilizzo dei permessi retribuiti di cui alla Legge 5/2/1992 n. 104 e ss.mm.ii.

ART. 2 RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Principali fonti normative circa l'oggetto del presente regolamento:
 - Legge 5.2.1992, n.104 "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate";
 - Legge 4.11.2010, n.183 – art.24 – "Modifiche alla disciplina in materia di permessi per l'assistenza a portatori di handicap in situazione di gravità";
 - Decreto Legislativo 18.7.2011, n.119 – art.6 – "Modifiche all'art.33 della Legge n.104/92 in materia di assistenza a soggetti portatori di handicap grave";
 - Circolare Dipartimento Funzione Pubblica 6.12.2010, n.13.

ART. 3 GENERALITA'

1. L'art.33, commi 3 e 6, della Legge n.104/92, così come modificato dalla Legge n.183/2010 e dal D.Lgs. n.119/2011, prevede agevolazioni lavorative per il lavoratore disabile e per il dipendente che assiste familiare con disabilità.
2. La situazione certificata di handicap grave, ai sensi dell'art.3, comma 3, della L.n.104/92, costituisce il presupposto per la fruizione delle agevolazioni lavorative.

ART. 4 AVENTI DIRITTO

1. I soggetti legittimati alla fruizione dei permessi sono:
 - Dipendenti con handicap in situazione di gravità
 - Genitori, anche adottivi, che assistono figli con handicap in situazione di gravità
 - Dipendenti che assistono il coniuge, un familiare parente o affine entro il secondo grado in situazione di handicap grave¹.Nel caso in cui i genitori o il coniuge del disabile in situazione di gravità abbiano compiuto il 65° anno di età oppure siano anch'essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti, il diritto alla fruizione dei benefici spetta ai parenti od affini entro il terzo grado².
2. Il diritto non può essere riconosciuto a più di un lavoratore per l'assistenza allo stesso disabile.

¹ La parentela è il vincolo tra le persone che discendono da uno stesso stipite (art.74 c.c.)

Parenti di primo grado: genitori e figli

Parenti di secondo grado: nonni, fratelli, sorelle, nipoti (figli dei figli)

L'affinità è il vincolo tra il coniuge e i parenti dell'altro coniuge (art.78 c.c.)

Affini di primo grado: suoceri, nuora, genero

Affini di secondo grado: cognati

² Parenti di terzo grado: bisnonni, zii, nipoti (figli di fratelli/sorelle), pronipoti (figli di nipoti)

Affini di terzo grado: zii acquisiti, nipoti acquisiti

ART. 5 PRESENTAZIONE ISTANZA

1. Il dipendente interessato ha l'onere di presentare apposita istanza per la fruizione delle agevolazioni e di dimostrare la sussistenza dei presupposti di legittimazione attraverso la produzione di idonea documentazione ovvero attraverso apposite dichiarazioni sostitutive, utilizzando gli appositi modelli allegati al presente regolamento (All. A e B).
2. In particolare è tenuto alla presentazione:
 - del verbale della commissione medica dal quale risulti l'accertamento della situazione di handicap grave;
 - della documentazione ovvero di apposite dichiarazioni sostitutive che certifichino:
 - il grado di parentela con il disabile;
 - l'assenza di ricovero a tempo pieno dello stesso disabile.
Per ricovero a tempo pieno si intende il ricovero per le intere 24 ore presso le strutture ospedaliere o comunque presso le strutture pubbliche o private che assicurano assistenza sanitaria.
Costituiscono eccezioni a tale presupposto: l'interruzione del ricovero per necessità del disabile per recarsi fuori dalla struttura per effettuare visite o terapie, ricovero a tempo pieno di un disabile in coma vigile e/o in situazione terminale, ricovero a tempo pieno di un minore in situazione di handicap grave per il quale risulti documentato il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare.
Tali situazioni devono risultare da idonea documentazione medica;
 - l'individuazione del dipendente quale unico referente del disabile³.
 - di una dichiarazione di responsabilità e consapevolezza dalla quale risulti che il dipendente che presta assistenza nei confronti del disabile è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza; è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione; che si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

ART. 6 AUTORIZZAZIONE

1. In presenza di una istanza di fruizione delle agevolazioni da parte del dipendente, l'Ufficio del personale, verificata l'adeguatezza e la correttezza della documentazione presentata, predispone il provvedimento di accoglimento a firma del Direttore Generale.
2. L'autorizzazione si intende tacitamente rinnovata di anno in anno qualora pervenga entro il 31 dicembre di ogni anno apposita dichiarazione di responsabilità prodotta dal dipendente interessato (All. C) relativa alla permanenza dei requisiti che hanno determinato la concessione delle agevolazioni.
3. In carenza di tale dichiarazione, l'autorizzazione si intende non rinnovata.
4. In caso di riassunzione in servizio, in qualunque tempo essa avvenga, per accedere nuovamente ai benefici di cui trattasi, deve essere ripresentata istanza.

³ Unico referente: Colui che assume "il ruolo e la connessa responsabilità di porsi quale punto di riferimento della gestione generale dell'intervento, assicurandone il coordinamento e curando la costante verifica della rispondenza ai bisogni dell'assistito" (Consiglio di Stato, Parere n.5078/2008 – Circ.DFP n.13/2010).

ART. 7
ARTICOLAZIONE GENERALE DEI PERMESSI

1. Il dipendente in situazione di disabilità grave ha diritto alla fruizione alternativa di:
 - tre giorni di permesso al mese;
 - 2 ore di permesso al giorno;
2. Il dipendente che presta assistenza nei confronti del familiare in situazione di disabilità grave ha diritto alla fruizione alternativa di:
 - tre giorni di permesso al mese;
 - un numero di ore mensili di permesso corrispondenti ai 3/6 dell'orario settimanale svolto⁴;
3. Il dipendente genitore, anche adottivo, di figlio con handicap in situazione di gravità ha diritto:
 - con bambini fino a tre anni di età hanno la possibilità di fruire, in alternativa, dei tre giorni di permesso mensile ovvero delle due ore di riposo giornaliero ovvero del prolungamento del congedo parentale;
 - con bambini oltre i tre anni e fino agli otto anni di vita possono beneficiare, in alternativa, dei tre giorni di permesso mensile ovvero del prolungamento del congedo parentale;
 - con figli oltre gli otto anni di età possono fruire dei tre giorni di permesso mensile.
4. L'assistenza, fermo restando il limite complessivo dei tre giorni mensili, può essere prestata alternativamente da entrambi i genitori.
5. Per tutte le fattispecie i tre giorni di permesso mensile possono essere frazionati ad ore per un numero massimo di ore mensili di permesso corrispondenti ai 3/6 dell'orario settimanale svolto
6. I benefici di cui al presente articolo competono anche al dipendente con rapporto di lavoro part-time, calcolati, in caso di frazionamento, come al precedente comma 5, e secondo le indicazioni seguenti:

Part-Time orizzontale

- Il permesso retribuito dei tre giorni compete per intero. Può essere fruito ad ore in proporzione all'orario di lavoro dovuto.
- Il permesso di due ore si riduce in proporzione alle ore lavorate.

Part-Time verticale

- Il numero dei giorni di permesso spettanti va ridimensionato in riferimento alle giornate di lavoro effettivamente prestate. Può essere fruito ad ore in proporzione all'orario di lavoro dovuto.
- Il permesso di due ore si riduce in proporzione alle ore lavorate.

ART. 8
CUMULO BENEFICI

1. Il dipendente ha diritto di 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.
2. Analogamente, un lavoratore in situazione di handicap grave può assistere altro soggetto che si trovi nella stessa condizione e, pertanto, in presenza dei presupposti di legge, tale lavoratore potrà fruire dei permessi per se stesso e per il familiare disabile che assiste.

⁴ Es. servizio a 35 ore settimanali = n. ore di permesso mensili 17,5.

ART. 9
RIVEDIBILITA' DEL GIUDIZIO

1. Nell'ipotesi in cui la competente Commissione medica abbia fissato una rivedibilità del giudizio medico legale ma alla data di scadenza il dipendente, pur avendo tempestivamente rinnovato la richiesta di conferma del giudizio precedentemente espresso, non sia ancora in possesso del nuovo verbale, si determina la sospensione della fruizione dei benefici.
2. In tale fattispecie il dipendente può rinnovare la richiesta dei benefici fin dal primo giorno successivo alla scadenza, allegando, a pena di irricevibilità, copia dell'istanza di conferma del riconoscimento della condizione di disabilità grave presentata alla sede INPS territorialmente competente entro la data di scadenza del precedente giudizio.
3. In tal caso, il dipendente potrà continuare a fruire dei benefici in via provvisoria, fino alla data dell'emanazione del successivo giudizio medico legale da parte della competente Commissione.
4. Si precisa che in tal caso il dipendente, al fine di non interrompere la fruizione dei benefici, all'atto della notifica del verbale definitivo è obbligato a presentarne immediatamente copia all'Azienda.
5. Il giudizio medico legale espresso in sede di revisione che conferma la permanenza dello stato di disabilità grave vale a ratificare le assenze effettuate in via provvisoria nel periodo intercorrente tra la data di scadenza del precedente giudizio e la data del successivo verbale.
6. Qualora invece la Commissione competente non confermi il giudizio precedentemente espresso, la fruizione dei benefici sarà immediatamente interrotta e le assenze effettuate a tale titolo dopo la scadenza del precedente verbale, verranno trasformate in ferie e/o recupero eccedenza oraria.

ART. 10
GIUSTIFICAZIONE DELL'ASSENZA

1. Con riferimento all'opzione dei 3 giorni di permesso retribuito mensili, al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività lavorativa, il dipendente di SPES autorizzato ad usufruirne deve comunicare, entro l'inizio di ogni mese, al proprio Coordinatore/Responsabile o, nei casi di assenza di questi, al referente designato, la programmazione mensile delle assenze a tale titolo che intende effettuare, mediante compilazione del modulo di richiesta di assenza. Qualora le assenze riguardino la prima settimana del mese, la programmazione mensile dovrà essere presentata al Coordinatore/Responsabile almeno 10 giorni prima dell'inizio del mese stesso.
2. Nei casi eccezionali di sopravvenute esigenze di assistenza in situazione di emergenza è consentita la fruizione di permessi retribuiti in date diverse da quelle programmate, eventualmente anche in modo continuativo, previo accordo fra il dipendente utilizzatore e il Coordinatore/Responsabile della struttura sede di servizio, che potrà predisporre soluzioni organizzative, ritenute più idonee, per facilitare la fruizione del beneficio.
3. Il dipendente che usufruisce dei permessi per assistere un familiare in situazione di handicap grave, residente in un comune situato a distanza stradale superiore a 150 chilometri rispetto a quello di residenza del lavoratore, deve attestare con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, l'effettivo raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito.
4. Pertanto il dipendente che si trovi in tale situazione dovrà presentare la documentazione comprovante l'effettuazione del viaggio che potrà consistere nel biglietto del mezzo pubblico, nella ricevuta del pedaggio autostradale, nella copia dell'estratto conto riassuntivo Telepass, attestazione del medico curante del disabile ovvero della struttura presso la quale lo stesso è stato accompagnato dal familiare per effettuare accertamenti o terapie.
5. Nell'ipotesi in cui il lavoratore non produca l'idonea documentazione, l'assenza non potrà essere giustificata a titolo di permesso ex art.33 L.n.104/92.

6. il dipendente può formulare richiesta di variazione della tipologia d'assenza, anche temporanea, previa autorizzazione:
- del coordinatore /Responsabile, tramite compilazione del modulo di richiesta assenze, qualora la richiesta sia temporanea;
 - del Direttore Generale SPES. nel caso di richiesta di variazione permanente della tipologia di assenza.

ART. 11 CONTROLLI

1. L'Azienda procederà alla verifica, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese dal dipendente all'atto della domanda di concessione dei benefici, tramite accesso diretto agli atti tra Amministrazioni pubbliche.
2. Nel caso in cui dall'accertamento risultasse l'insussistenza dei presupposti per la legittima fruizione dei permessi, l'amministrazione provvederà a revocare i benefici per effetto della decadenza.
3. Qualora a seguito degli accertamenti emergessero gli estremi di una responsabilità disciplinare del dipendente, SPES procederà alla tempestiva contestazione degli addebiti per lo svolgimento del relativo procedimento e, se del caso, alla comunicazione alle autorità competenti delle ipotesi di reato.

Domanda di ammissione ai permessi art. 33 L. 104/92
(per lavoratori portatori di handicap in stato di gravità)

Data _____

Al Direttore Generale
S.P.E.S.

Il/La sottoscritto/a _____ (matr. _____)

nato/a a _____ il _____

C.F. _____ residente a _____

in _____

dipendente di SPES con il profilo professionale di _____ Cat.Liv. _____

con contratto a tempo: determinato dal _____ al _____ indeterminato
 part-time full-time

indirizzo e_mail _____ tel _____

in servizio presso _____,

essendo stato/o riconosciuta persona con handicap in situazione di gravità dalla competente commissione sanitaria, non rivedibile / rivedibile in data _____.

CHIEDE

Di poter fruire dei benefici previsti dall'art. 33 L. 104/92, con le seguenti modalità:

- tre giorni mensili di permesso retribuito;
- due ore di permesso giornaliero retribuito.

A tal fine allega certificato ASL competente, attestante situazione di handicap grave accertata ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92 (in originale o copia autentica).

Firma del richiedente

Domanda di ammissione ai permessi art. 33 L. 104/92

(per: - genitori di portatore di handicap grave – coniuge,
parenti/affini entro il 3° grado di portatore di handicap grave)

Data _____

Al Direttore Generale
S.P.E.S.

Il/La sottoscritto/a _____ (matr. _____)

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ in _____

dependente di SPES con il profilo professionale di _____ Cat./Liv. _____

con contratto a tempo: determinato dal _____ al _____ indeterminato
 part-time full-time

Indirizzo e_mail _____ tel _____

in servizio presso _____,

CHIEDE

Di poter fruire dei benefici previsti dall'art. 33 L. 104/92 per:

Cognome e nome _____ rapporto di parentela _____

C.F. _____ data di nascita _____ comune di nascita _____

_____ provincia _____, in situazione di gravità accertata ai sensi del

comma 1 art. 4 L. 104/92 non rivedibile / rivedibile in data _____.

A tal fine dichiara:

- che il portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata
 - che è convivente con il sottoscritto/a
- (se non convivente indicare indirizzo completo del portatore di handicap)

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, ed a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell'Amministrazione, dichiara inoltre:

- che non ci sono altre persone che utilizzano i permessi per lo stesso portatore di handicap;
- che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sopraesposti e ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni;
- di essere consapevole che le agevolazioni richieste sono uno strumento di assistenza al disabile e, pertanto, il loro riconoscimento comporta l'impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'Amministrazione.

Firma del richiedente

ALLEGATI

- Certificato ASL competente, attestante situazione di gravità accertata ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92 (in originale o copia autentica)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 D.P.R. 445/2000)

I sottoscritt _____,

nat. a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____

Via _____ n° _____ cap. _____,

dipendente di codesta Amministrazione S.P.E.S. di Padova

con la qualifica di _____

in servizio presso la struttura _____

PREMESSO CHE

I stess_ fruisce dei permessi retribuiti mensili, ai sensi dell'art. 33 della legge 104/92 modificato dagli artt. 19 e 20 della legge 53/2000, **per se stess_** già riconosciuto portatore di handicap grave, come da verbale della Commissione Medica per l'accertamento dell'handicap dell'Azienda / ULSS n. _____ di _____ già agli atti d'Ufficio di codesta Azienda, non rivedibile / rivedibile in data _____

ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del predetto D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità:

DICHIARA CHE

1. permangono tutti i requisiti previsti dalla normativa vigente che disciplina le norme in materia di permessi retribuiti ai sensi della legge 104/92 e seguenti modifiche e integrazioni;
2. in atto persiste lo stato di gravità dell'handicap;
3. che il Verbale di accertamento della legge 104/92, della Commissione Medica Competente, non ha subito alcuna variazione ne è stato revocato;

Padova _____

Il/la dichiarante

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il sottoscritt _____,
nat a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____
Via _____ n° _____ cap. _____,
dipendente di codesta Amministrazione S.P.E.S. di Padova
con la qualifica di _____
in servizio presso la struttura _____

PREMESSO CHE

Il stess fruisce dei permessi retribuiti mensili, ai sensi dell'art. 33 della legge 104/92 modificato dagli artt. 19 e 20 della legge 53/2000, per potere assistere il familiare (_____)
Sig. _____ nat a _____
il _____ C.F. _____ e residente
a _____ in Via _____ n. _____
già riconosciuto portatore di handicap grave, come da verbale della Commissione Medica per l'accertamento dell'handicap dell'Azienda / ULSS n. _____ di _____
già agli atti d'Ufficio di codesta Azienda, non rivedibile / rivedibile in data _____
ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del predetto D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità:

DICHIARA CHE

1. sia il sottoscritto che il disabile grave sono in possesso di tutti i requisiti previsti dalla normativa vigente che disciplina le norme in materia di permessi retribuiti ai sensi della legge 104/92 e successive modifiche e integrazioni;
2. in atto persiste lo stato di gravità dell'handicap del suddetto familiare e che il Verbale di accertamento della legge 104/92, della Commissione Medica Competente, non ha subito alcuna variazione ne è stato revocato, ovvero
3. il familiare portatore di handicap grave non è ricoverato a tempo pieno presso istituti Specializzati di cura ed assistenza;
4. non vi sono altri familiari maggiorenni, parenti ed affini sino al terzo grado di parentela che hanno chiesto di fruire dei permessi di cui alla legge 104/92 per assistere il predetto familiare portatore di handicap grave.

Padova _____

Il/la dichiarante