

**REGOLAMENTO E PROCEDURA OPERATIVA PER LA RICHIESTA, LA
CONCESSIONE E LA FRUIZIONE DEI PERMESSI DI CUI ALLA L. N. 104/1992
ART. 33 c. 3 – ex ART. 34 c. 7 ACN 2024**

INDICE

- Art. 1 - Riferimenti normativi
- Art. 2 - Aveni diritto
- Art. 3 - Modalità di fruizione
- Art. 4 - Variazione oraria
- Art. 5 - Limitazioni
- Art. 6 - Presentazione istanza
- Art. 7 - Concessione dei benefici di cui alla L. 104/92 art. 33 c. 3, ex art. 34 c. 7 ACN 2024
- Art. 8 - Fruizione in via alternativa
- Art. 9 - Pluralità di persone da assistere
- Art. 10 - Residenza dell'assistito
- Art. 11 - Altre agevolazioni
- Art. 12 - Rivedibilità del giudizio – Decadenza dai benefici
- Art. 13 - Giustificazione dell'assenza
- Art. 14 - Verifica delle dichiarazioni rese
- Art. 15 - Conversione benefici concessi ai sensi dell'art. 34 c. 7 ACN 2020 e ss.mm.ii.

REGOLAMENTO E PROCEDURA OPERATIVA PERMESSI LEGGE 104/92

Art. 1 - Riferimenti normativi

- Legge 05/02/1992 n. 104 e ss.mm.ii. “Legge quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”;
- ACN 04.04.2024 Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi dell’art. 8 del D.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni – triennio 2019-2021 (di seguito ACN);

L’art. 34 c. 7 dell’ACN stabilisce quanto segue:

1. *Allo specialista ambulatoriale, al veterinario e al professionista si applicano le norme di cui al comma 3, dell’articolo 33, della Legge n. 104/92, in proporzione all’orario settimanale di attività svolto presso ciascuna Azienda in cui presta servizio. Per l’incarico a 38 ore settimanali il permesso è pari a 18 ore mensili fruibili esclusivamente presso l’Azienda nella quale è maturato il diritto. I permessi di cui al comma 3 dell’articolo 33 della Legge n. 104/92 si applicano anche agli specialisti ambulatoriali, ai veterinari e ai professionisti portatori di handicap grave, i quali hanno diritto di scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina alla propria residenza nell’ambito dell’Azienda e non possono essere trasferiti in altra sede senza il loro consenso.*

Per consentire all’Azienda di organizzare l’attività ed assicurare l’erogazione delle prestazioni programmate, senza creare disagi agli utenti, la fruizione dei permessi avviene sulla base di una programmazione, almeno mensile, delle ore di assenza da comunicare, con congruo anticipo all’Azienda, salvo dimostrate situazioni di urgenza.

L’art. 33, comma 3 della Legge n. 104/92, citato dall’ACN, così come modificato dalla Legge n.183/2010, dal D.Lgs. n.119/2011 e dal D.Lgs. n. 105/2022, prevede agevolazioni lavorative per il lavoratore con disabilità grave e per il dipendente che assiste un familiare con disabilità grave. In particolare, prevede che il lavoratore dipendente, pubblico o privato, abbia diritto a **fruire di permesso mensile retribuito** coperto da contribuzione figurativa per assistere una persona con disabilità in situazione di gravità, **che non sia ricoverata a tempo pieno**, rispetto alla quale il lavoratore sia coniuge, parte di un’unione civile (ai sensi dell’articolo 1, comma 20, della legge 20 maggio 2016, n. 76), convivente di fatto (ai sensi dell’articolo 1, comma 36, della sopracitata legge), parente o affine entro il secondo grado.

Il presupposto per la fruizione dei permessi è la situazione certificata di handicap grave, ai sensi dell’art. 3, comma 3 della L. n. 104/92, di un soggetto non ricoverato a tempo pieno. I permessi in questione sono utili ai fini della tredicesima mensilità e non riducono le ferie.

Tale disposizione di Legge, trova applicazione anche in favore degli specialisti ambulatoriali, veterinari ed altre professionalità sanitarie **in forza del rinvio recettizio contenuto nell'art. 34, comma 7 dell'ACN, specificamente limitato alla fattispecie normativa del permesso mensile di cui all'art. 33 c. 3** della citata Legge 104/92 e al diritto riconosciuto agli specialisti ambulatoriali, ai veterinari e ai professionisti portatori di handicap grave, di scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina alla propria residenza nell'ambito dell'Azienda e di non essere trasferiti in altra sede senza il loro consenso.

Art. 2 - Aveni diritto

I soggetti legittimati alla fruizione delle ore di permesso mensile sono:

- Specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti con incarico a tempo indeterminato ai sensi dell'art. 21 ACN o determinato ai sensi dell'art. 22 ACN, con handicap in situazione di gravità attestato da verbale di Commissione medica INPS o ASL, ai sensi dell'art. 3 c. 3 L.104/92;
- Specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti, con incarico a tempo indeterminato ai sensi dell'art. 21 ACN o determinato ai sensi dell'art. 22 ACN, che assistono figli, anche adottivi o affidatari, con handicap in situazione di gravità attestato da verbale di Commissione medica INPS o ASL, ai sensi dell'art. 3 c. 3 L.104/92;
- Specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti con incarico a tempo indeterminato ai sensi dell'art. 21 ACN o determinato ai sensi dell'art. 22 ACN che assistono il coniuge, il convivente di fatto (di cui al c. 36 dell'art. 1 della Legge n. 76/2016), parte di un'unione civile (di cui al c. 20 dell'art. 1 della Legge n. 76/2016), un parente o affine entro il secondo grado in situazione di handicap grave, attestato da verbale di Commissione medica INPS o ASL, ai sensi dell'art. 3 c. 3 L.104/92. ¹

Nel caso in cui i genitori o il coniuge / il convivente di fatto / parte di un'unione civile del disabile in situazione di gravità abbiano compiuto il 65^o 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 grado. ¹

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);

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

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;

Affini di terzo grado: zii acquisiti, nipoti acquisiti.

Art. 3 - Modalità di fruizione

I permessi vengono fruiti in ore, in proporzione all'orario settimanale di incarico svolto presso ciascuna Azienda in cui viene prestato il servizio. Il limite massimo di 18 ore mensili, per l'incarico pari a 38 ore settimanali, si riferisce all'incarico complessivamente considerato, anche quando espletato su più Aziende, in quanto il rapporto di lavoro dello specialista è da considerarsi unico, nell'ambito del SSN.

Alla luce di quanto sopra, il limite massimo di ore di permesso spettanti è individuato in base al numero di ore settimanali di incarico e fruibili per singola Azienda, in proporzione alle ore settimanali svolte in ogni Azienda, come segue:

- Per incarichi pari a 38 ore settimanali espletati in una sola Azienda, i permessi ai sensi dell'art. 34, c. 7 dell'ACN, sono fruibili nell'ambito della stessa per un massimo di 18 ore mensili;
- Per incarichi pari a 38 ore settimanali svolti su più Aziende, il limite massimo pari a 18 ore mensili è raggiungibile dalla somma delle frazioni spettanti e fruibili in ciascuna Azienda, sulla base della tabella di seguito riportata;
- Per incarichi inferiori alle 38 ore settimanali, svolti in una sola Azienda o in più Aziende, si applica un criterio di riduzione proporzionale di ore di permesso, sulla base della tabella di seguito riportata:

Orario settimanale nell'Azienda	N. di ore di permesso L. 104/92 spettanti	Orario settimanale nell'Azienda	N. di ore di permesso L. 104/92 spettanti	Orario settimanale nell'Azienda	N. di ore di permesso L. 104/92 spettanti	Orario settimanale nell'Azienda	N. di ore di permesso L. 104/92 spettanti
38:00	18:00	28:30	13:30	19:00	09:00	09:30	04:30
37:30	17:46	28:00	13:16	18:30	08:46	09:00	04:16
37:00	17:32	27:30	13:02	18:00	08:32	08:30	04:02
36:30	17:17	27:00	12:47	17:30	08:17	08:00	03:47
36:00	17:03	26:30	12:33	17:00	08:03	07:30	03:33
35:30	16:49	26:00	12:19	16:30	07:49	07:00	03:19
35:00	16:35	25:30	12:05	16:00	07:35	06:30	03:05
34:30	16:21	25:00	11:51	15:30	07:21	06:00	02:51
34:00	16:06	24:30	11:36	15:00	07:06	05:30	02:36
33:30	15:52	24:00	11:22	14:30	06:52	05:00	02:22
33:00	15:38	23:30	11:08	14:00	06:38	04:30	02:08
32:30	15:24	23:00	10:54	13:30	06:24	04:00	01:54
32:00	15:09	22:30	10:39	13:00	06:09	03:30	01:39
31:30	14:55	22:00	10:25	12:30	05:55	03:00	01:25
31:00	14:41	21:30	10:11	12:00	05:41	02:30	01:11
30:30	14:27	21:00	09:57	11:30	05:27	02:00	00:57
30:00	14:13	20:30	09:43	11:00	05:13	01:30	00:43
29:30	13:58	20:00	09:28	10:30	04:58	01:00	00:28
29:00	13:44	19:30	09:14	10:00	04:44	00:30	00:14

Art. 4 – Variazione oraria

Le ore di permesso mensile fruibili ai sensi dell'art. 34, c. 7 ACN sono suscettibili di aumento o di riduzione, in misura proporzionale al numero di ore di incarico settimanale, nelle ipotesi di incremento orario, ai sensi degli artt. 20 e 21 ACN o di riduzione oraria, ai sensi dell'art. 31 ACN.

Sarà cura dell'interessato comunicare tempestivamente la variazione del numero delle ore di incarico, in aumento o in diminuzione, all'ufficio della S.C. Medicina Convenzionata ARES, il quale provvederà d'ufficio e senza ulteriori comunicazioni, a modificare il numero delle ore di permesso retribuito spettante, sulla base della tabella sopra riportata, con decorrenza dalla data in cui è intervenuta la variazione oraria.

Si darà evidenza del sopracitato obbligo di comunicazione nella nota autorizzativa.

Art. 5 – Limitazioni

La fruizione delle ore di permesso è consentita per assistere una persona con disabilità in situazione di gravità, **che non sia ricoverata a tempo pieno in strutture sanitarie ospedaliere** (pubbliche o private) **o Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)**, strutture sociosanitarie residenziali per pazienti che necessitano di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa a tempo pieno; qualora l'assistito in parola fosse ricoverato a tempo pieno, il soggetto legittimato non potrà usufruire dei permessi, per l'intero periodo del ricovero.

La comunicazione dell'avvenuto ricovero a tempo pieno del soggetto con disabilità in situazione di gravità, dovrà pervenire alla S.C. Medicina Convenzionata ARES entro 15 giorni dall'avvenuto ricovero, così come la comunicazione del termine del ricovero. La S.C. Medicina Convenzionata provvederà a trasmettere la comunicazione all'ufficio rilevazione presenze per l'interruzione e il successivo ripristino dell'autorizzazione della voce di assenza per L. 104/92 ai sensi dell'art. 34 c. 7 dell'ACN.

Art. 6 – Presentazione istanza

Lo Specialista ambulatoriale, il veterinario ed il professionista interessato può presentare apposita istanza per la fruizione delle ore di permesso mensile dimostrando la sussistenza dei presupposti di legittimazione attraverso la produzione di idonea documentazione e attraverso dichiarazioni sostitutive, utilizzando esclusivamente la modulistica appositamente predisposta, allegata al presente Regolamento, da inviare alla seguente PEC della S.C. Medicina Convenzionata ARES:

sc.medicinaconvenzionata@pec.aressardegna.it

Art. 7 – Concessione dei benefici di cui alla L. 104/92 art. 33 c. 3 ex art. 34 c. 7 ACN

A seguito di ricezione di una istanza per la fruizione dei permessi retribuiti di cui all'art. 33 c. 3 della L. 104/92 ex art. 34 c. 7 ACN, da parte dello Specialista ambulatoriale, del veterinario o del professionista, la S.C. Medicina Convenzionata ARES provvede con apposita istruttoria alla verifica della documentazione presentata e della sussistenza dei presupposti.

Nel caso in cui la documentazione ricevuta sia carente o priva degli elementi necessari ad attestare la titolarità del beneficio previsto dall'art. 34 c. 7 dell'ACN, la S.C. Medicina Convenzionata ARES provvederà a richiedere l'integrazione di quanto mancante mediante procedura di soccorso istruttorio.

Il provvedimento amministrativo di concessione dei benefici di cui alla L. 104/92 verrà prodotto entro il termine massimo di trenta giorni dalla presentazione dell'istanza o della integrazione documentale richiesta e avrà la forma di NOTA. La fruizione dei benefici avrà decorrenza, in ogni caso, dalla data di presentazione dell'istanza e avrà termine con il venir meno dei presupposti di legge.

Nel provvedimento sarà data evidenza dell'eventuale rivedibilità del giudizio della Commissione competente e della data stabilita dalla Commissione per la eventuale rivalutazione. Nel caso in cui la Commissione competente non rivaluti l'interessato nella data stabilita, i benefici concessi verranno mantenuti fino alla data in cui la Commissione competente effettuerà la rivalutazione.

Sarà cura dell'interessato comunicare tempestivamente all'ufficio della S.C. Medicina Convenzionata ARES, ogni eventuale modifica inerente la situazione di fatto e/o di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione ai benefici di cui all'art. 33 c. 3 della L. 104/92 ex art. 34 c. 7 dell'ACN ovvero la variazione del numero delle ore di incarico, in aumento o in diminuzione, che comportino la modifica del numero delle ore di permesso non retribuito.

Il provvedimento di concessione dei benefici di cui alla L. 104/92 sarà inviato con PEC all'interessato e con email al Responsabile del Poliambulatorio della ASL di appartenenza, dove il soggetto legittimato svolge l'attività convenzionale e comunicato all'ufficio economico e all'ufficio rilevazione delle presenze ARES.

Durante la fruizione dei permessi non è consentito effettuare altra attività lavorativa; durante l'assenza per malattia del beneficiario non è consentita la fruizione dei permessi di cui alla L. 104/92.

I presenti divieti saranno richiamati anche nella nota autorizzativa.

Nel caso di mancato accoglimento, l'istante riceverà a mezzo PEC una formale comunicazione motivata entro il termine massimo di trenta giorni dalla presentazione dell'istanza.

Art. 8 – Fruizione in via alternativa

Il diritto di assistenza allo stesso individuo, con disabilità in situazione di gravità, può essere riconosciuto, su richiesta, a più soggetti, tra quelli elencati tra gli aventi diritto all'art. 3 del presente Regolamento, che possono fruirne in via alternativa tra loro, fermo restando il limite complessivo massimo pari a 18 ore mensili di permesso retribuito, per incarico di 38 ore settimanali, fruibili esclusivamente presso l'Azienda nella quale è maturato il diritto e ridotte in proporzione al numero di ore di incarico settimanale. Il provvedimento di autorizzazione preciserà che la domanda è stata accolta nel limite massimo complessivo di ore mensili fruibili alternativamente tra tutti coloro che hanno diritto a prestare assistenza all'individuo con disabilità in situazione di gravità.

Art. 9 – Pluralità di persone da assistere

Lo Specialista ambulatoriale, il veterinario ed il professionista, fermo restando il limite complessivo pari a 18 ore mensili di permesso retribuito, per incarico di 38 ore settimanali, fruibili esclusivamente presso l'Azienda nella quale è maturato il diritto e ridotte in proporzione al numero di ore di incarico settimanale, può beneficiare dei permessi di cui al comma 3 dell'art. 33 della Legge 104/92 per assistere più soggetti affetti da handicap grave. Tuttavia, è necessario che l'assistenza sia prestata nei confronti del coniuge o della parte di un'unione civile di cui all'articolo 1, comma 20, della legge 20 maggio 2016, n. 76 o del convivente di fatto ai sensi dell'articolo 1, comma 36, della medesima legge o di un parente o affine entro il primo grado o entro il secondo grado, qualora i genitori o il coniuge della persona con disabilità in situazione di gravità abbiano compiuto i 65 anni di età oppure siano anch'essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti.

Lo Specialista ambulatoriale, il veterinario ed il professionista interessato a fruire dei permessi di cui sopra per più soggetti affetti da disabilità grave dovrà presentare una domanda per ciascun soggetto da assistere, dalla quale si possa evincere il possesso dei requisiti richiesti.

Art. 10 – Residenza dell'assistito

Lo Specialista ambulatoriale, il veterinario ed il professionista che usufruisce dei permessi di cui all'art. 3 c. 3 L.104/92, per assistere persona in situazione di handicap grave, residente in comune situato a distanza stradale superiore a 150 chilometri rispetto a quello di residenza del lavoratore, è tenuto ad attestare con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito, ai sensi dell'art. 3 c. 3 bis L.104/92.

Art. 11 – Altre agevolazioni

Lo Specialista ambulatoriale, il veterinario ed il professionista portatore di handicap grave ha diritto di scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina alla propria residenza nell'ambito dell'Azienda e non può essere trasferito in altra sede senza il suo consenso (art. 33 c. 5 L. 104/92 e art. 34 c. 7 ACN). Nel caso di cessazione del riconoscimento di portatore di handicap grave, lo Specialista ambulatoriale, il veterinario ed il professionista mantiene la sede di lavoro assegnata ai sensi dell'art. 34 c. 7 ACN.

Art. 12 – Rivedibilità del giudizio – Decadenza dai benefici

Nell'ipotesi in cui la competente Commissione medica abbia previsto la rivedibilità del giudizio medico legale, il soggetto legittimato mantiene la fruizione dei benefici anche oltre la data di scadenza della rivedibilità, se non sia ancora in possesso del nuovo verbale. In tal caso, il soggetto legittimato potrà continuare a fruire dei benefici, fino alla data dell'emanazione del nuovo giudizio medico legale da parte della competente Commissione.

Si precisa che il soggetto legittimato è obbligato a trasmettere alla S.C. Medicina Convenzionata ARES immediatamente e comunque entro e non oltre 15 giorni dalla data di ricezione della raccomandata inviata dall'INPS, il verbale definitivo rilasciato dalla Commissione medica per l'accertamento dell'handicap di cui alla legge 104/92.

Qualora il giudizio di handicap in stato di gravità venga confermato, la S.C. Medicina Convenzionata ARES autorizzerà la proroga del diritto ai permessi retribuiti con la medesima forma della concessione (NOTA). Il provvedimento di proroga del diritto ai permessi retribuiti, con l'eventuale indicazione della data di ulteriore rivedibilità o la precisazione di giudizio non rivedibile definitivo, sarà inviato con PEC all'interessato e con email al Responsabile della sede / Poliambulatorio dell'Azienda di appartenenza, dove lo Specialista ambulatoriale, il veterinario ed il professionista svolge l'attività convenzionale e comunicato all'ufficio economico e all'ufficio rilevazione presenze.

Qualora la Commissione competente non confermi il giudizio precedentemente espresso, la S.C. Medicina Convenzionata ARES interromperà l'autorizzazione alla fruizione dei medesimi dalla data in cui il soggetto legittimato venga a conoscenza del verbale (data della ricezione della raccomandata inviata dall'INPS).

Nell'ipotesi in cui venissero meno gli ulteriori requisiti che hanno determinato la concessione dei benefici di cui alla L. 104/92, il soggetto beneficiario è obbligato a darne comunicazione alla S.C. Medicina Convenzionata ARES, immediatamente e comunque entro e non oltre 15 giorni dall'evento (es: decesso del disabile). In tal caso, la S.C. Medicina Convenzionata ARES interromperà l'autorizzazione alla fruizione dei medesimi dalla data dell'evento che ha causato il venir meno dei requisiti.

In entrambi i casi, il provvedimento di decadenza dai benefici di cui alla L. 104/92, reso sotto forma di NOTA, sarà inviato con PEC all'interessato e con email al Responsabile della sede / Poliambulatorio dell'Azienda di appartenenza, dove lo Specialista ambulatoriale, il veterinario ed il professionista svolge l'attività convenzionale e comunicato all'ufficio economico e all'ufficio rilevazione delle presenze.

Degli obblighi di trasmissione / comunicazione posti a carico del soggetto legittimato, ai sensi del presente articolo, verrà data evidenza nella nota autorizzativa.

Art. 13 – Giustificazione dell’assenza

Per consentire all’Azienda di organizzare l’attività ed assicurare l’erogazione delle prestazioni programmate, senza creare disagi agli utenti, la fruizione dei permessi avviene sulla base di una programmazione, almeno mensile, delle ore di assenza da comunicare, con congruo anticipo all’Azienda, salvo dimostrate situazioni di urgenza.

Art. 14 – Verifica delle dichiarazioni rese

La S.C. Medicina Convenzionata ARES procederà alla verifica, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese dallo Specialista ambulatoriale, dal veterinario e dal professionista all’atto della domanda di concessione dei benefici. 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.

Qualora a seguito degli accertamenti emergessero gli estremi di una responsabilità disciplinare dello Specialista ambulatoriale, del veterinario e del professionista, la S.C. Medicina Convenzionata ARES procederà alla tempestiva comunicazione al Direttore Generale della Azienda/e di appartenenza e, se del caso, alla comunicazione alle autorità competenti delle ipotesi di reato.

Art. 15 – Conversione benefici concessi ai sensi dell’art. 34 c. 7 ACN 2020 e ss.mm.ii.

I benefici già concessi agli Specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti, per giornate intere, mediante provvedimenti autorizzativi adottati ai sensi dell’art. 34 c. 7 ACN 2020 e ss.mm.ii., saranno convertiti d’ufficio in ore, come stabilito dall’art. 34 c. 7 ACN 2024, sulla base della tabella riportata nel presente Regolamento, con decorrenza dall’entrata in vigore dell’ACN 04.04.2024.

In allegato:

- Modulo di richiesta concessione agevolazioni Legge 104/92 per assistenza parenti e affini portatori di handicap grave;
- Modulo di richiesta concessione agevolazioni Legge 104/92 da parte di persona con handicap in stato di gravità.

Alla S.C. Medicina Convenzionata
ARES Sardegna

DOMANDA PER USUFRUIRE DEI PERMESSI di cui alla L. 104/92, art. 33 c. 3 ex art. 34 c. 7 ACN 2024

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
Art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME	NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA
CODICE FISCALE			
COMUNE DI RESIDENZA	VIA/PIAZZA	CAP	TELEFONO CELLULARE
MAIL AZIENDALE		PEC <i>personale</i>	
BRANCA SPECIALISTICA			

Ore settimanali di incarico
(indicare il numero di ore settimanali per singola ASL)

AZIENDA	N. DI ORE DI INCARICO
ASL N. 1 Sassari	
ASL N. 2 Gallura	
ASL N. 3 Nuoro	
ASL N. 4 Ogliastra	
ASL N. 5 Oristano	
ASL N. 6 Medio Campidano	
ASL N. 7 Sulcis	
ASL N. 8 Cagliari	
Altro, precisare: (INPS, INAIL etc.)	

a tempo **indeterminato** **determinato**

CHIEDE

di poter fruire del beneficio previsto ai sensi dell'art. 33, comma 3 della L. n. 104/92 e dell'art. 34 c. 7 dell'ACN 2024 per prestare assistenza a:

COGNOME	NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA
CODICE FISCALE		COMUNE DI RESIDENZA	
RAPPORTO DI PARENTELA <small>(con il richiedente)</small>	QUALITA' <small>(lavoratore, pensionato etc..)</small>	DATORE DI LAVORO <small>(denominazione Azienda indirizzo pec)</small>	

DICHIARA

(barrare e compilare ove necessario)

- di voler prestare assistenza alla persona sopraindicata, con la quale intercorre il rapporto di coniugio, parentela o affinità entro il grado di seguito specificato:**
 - coniuge/il convivente di fatto (di cui al c. 36 dell'art. 1 della Legge n. 76/2016) / parte di un'unione civile (di cui al c. 20 dell'art. 1 della Legge n. 76/2016);
 - 2° grado: genitori, figli (anche adottivi o affidatari), sorelle, fratelli, nonni, nipoti (figli dei figli), suoceri, generi, nuore, cognati;
 - 3° grado: zii, nipoti (figli di fratelli o sorelle) - qualora i genitori o il coniuge / il convivente di fatto / parte di un'unione civile della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto il 65° anno di età oppure siano anch'essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti. Tale condizione è da attestare con relativa dichiarazione sostitutiva di atto notorio;

- che nessun altro parente o affine fruisce dei benefici suddetti allo stesso titolo;**

ovvero

- che fruisce dei benefici suddetti allo stesso titolo il seguente parente o affine:**

 Nome _____ Cognome _____ data e luogo di nascita _____

 Parentela o affinità _____

 Nome _____ Cognome _____ data e luogo di nascita _____

 Parentela o affinità _____

- che la persona da assistere non è ricoverata a tempo pieno;**

- di impegnarsi a comunicare alla S.C. Medicina Convenzionata ARES, l'avvenuto ricovero della persona da assistere, entro 15 giorni dal ricovero, così come il termine del medesimo;**

- di impegnarsi, nell'ipotesi di rivedibilità del giudizio medico legale, a trasmettere la copia del verbale definitivo rilasciato dalla commissione medica per l'accertamento dell'handicap di cui alla legge 104/92, all'ufficio della S.C. Medicina Convenzionata ARES, immediatamente e comunque entro e non oltre 15 giorni dalla data di ricezione della raccomandata inviata dall'INPS;**

- di impegnarsi a comunicare all'ufficio della S.C. Medicina Convenzionata ARES, le eventuali modifiche inerenti la situazione di fatto e/o di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni, tempestivamente e comunque entro e non oltre 15 giorni dall'evento che ha causato il venir meno dei requisiti;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ufficio della S.C. Medicina Convenzionata ARES la variazione del numero delle ore di incarico, in aumento o in diminuzione, che comportino la modifica del numero delle ore di permesso non retribuito;
- di essere consapevole che, durante la fruizione dei permessi, non è consentito effettuare altra attività lavorativa e che durante l'assenza per malattia del beneficiario non è consentita la fruizione dei permessi di cui alla L. 104/92;
- che la fotocopia del verbale allegato alla presente istanza, rilasciato dalla commissione medica per l'accertamento dell'handicap di cui alla legge 104/92 in data _____ / _____ / _____ è conforme all'originale;
- che quanto dichiarato nella presente istanza corrisponde al vero.

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia;

Consapevole che, ai sensi dell'art. 33, comma 7-bis della legge n. 104/1992, ferma restando la verifica dei presupposti per l'accertamento della responsabilità disciplinare, il lavoratore decade dai diritti di cui all'art. 33 della legge n. 104/1992, qualora il datore di lavoro accerti l'insussistenza o il venir meno delle condizioni richieste per la legittima fruizione dei medesimi diritti;

Consapevole, inoltre, del fatto che ARES Sardegna potrà operare in sede di istruttoria della presente richiesta dei controlli diretti a verificare la sussistenza del diritto a fruire delle agevolazioni in esame e che potranno inoltre essere attivati controlli a campione, anche successivi, sul contenuto delle dichiarazioni sostitutive di certificazione presentate dai dipendenti.

Data _____

Firma _____

ALLEGARE COPIA DI DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'

INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi dell'art. 13 Regolamento EU/2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali ARES Sardegna, con sede legale in Selargius Via Piero della Francesca, 1 in qualità di Titolare del trattamento, La informa che i dati personali sono raccolti in relazione alla procedura di concessione dei benefici di cui all'art. 33 co. 3 L.104/92, ai sensi dell'art. 34 c. 7 ACN 2024, attivata su Sua istanza.

Per le finalità espresse nella presente informativa, saranno trattati solo dati personali e dati particolari, come meglio specificato, per ottemperare agli obblighi contrattuali e normativi, nell'ambito della gestione dei benefici procedura di concessione dei benefici di cui all'art. 33 co. 3 L.104/92, ai sensi dell'art. 34 c. 7 ACN 2024, oltre che per ottemperare ad eventuali norme nazionali o dell'Unione Europea che dovessero impattare sulla gestione di tale istituto.

Finalità del trattamento: le finalità del trattamento sono l'esecuzione dell'ACN di settore vigente e delle normative connesse al rapporto di lavoro e della procedura di concessione dei benefici di cui all'art. 33 co. 3 L.104/92, ai sensi dell'art. 34 c. 7 ACN 2024 ed alle conseguenti attività organizzative e amministrative legate alle normative che regolano la fruizione dei relativi benefici.

La base giuridica del trattamento si può individuare negli obblighi contrattuali e più in generale, in tutte le norme che impattano sul rapporto di lavoro (*art. 6 lett. b, c per quanto concerne i dati personali e art.9 lett. b per quanto riguarda i dati particolari*).

Conservazione: i dati forniti saranno conservati per il tempo necessario al perseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti e successivamente, per il tempo previsto dalle disposizioni normative e regolamentari vigenti applicabili.

Il trattamento è effettuato sia con strumenti cartacei che elettronici, nel rispetto delle misure di sicurezza indicate dal Regolamento EU/2016/679 e dal D.lgs 196/2003 e ss.mm.ii. I dati verranno conservati nell'ottica della massima tutela della riservatezza e dell'integrità dei medesimi, non solo nella fase di conservazione, ma anche durante le fasi di trattamento.

Il mancato conferimento dei Suoi dati per la presente finalità ha come conseguenza l'impossibilità di attribuire la concessione dei benefici di cui all'art. 33 co. 3 L.104/92, ai sensi dell'art. 34 c. 7 ACN 2024.

Diffusione: i dati non saranno diffusi.

Destinatari: i dati forniti saranno trattati esclusivamente da persone autorizzate al trattamento ed opportunamente istruite. I dati potranno altresì essere comunicati a Enti Pubblici, Inps, Inail, Forze di Polizia o altri Soggetti Pubblici e Privati, ma esclusivamente al fine di adempiere ad obblighi contrattuali, di legge, regolamento o normativa comunitaria.

L'elenco aggiornato con gli estremi identificativi di tutti i Responsabili del Trattamento, potrà essere da Lei richiesto in qualunque momento al Titolare, che provvederà immediatamente a renderlo disponibile.

Diritti dell'interessato: Artt. 15, 16, 17, 18, 20, 21 del Regolamento EU/2016/679 (GDPR).

Lei può esercitare nei confronti del Titolare del trattamento i diritti previsti dagli artt. 15 e seguenti del GDPR e, segnatamente, il diritto di accesso ai dati personali, di rettifica, di cancellazione "diritto all'oblio", di limitazione di trattamento, di portabilità dei dati e di opposizione in qualsiasi momento al trattamento dei dati personali che La riguardano.

Ai sensi dell'art. 77 del Regolamento, Le è riconosciuto il diritto di proporre reclamo ad un'autorità di controllo, segnatamente nello Stato membro in cui risiede abitualmente, lavora, oppure nel luogo ove si è verificata la presunta violazione.

Inoltre Lei può richiedere di conoscere gli estremi identificativi degli amministratori di sistema nominati e dei gestionali all'interno dei quali sono presenti i dati di Sua competenza.

Lei potrà esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata al Titolare, anche tramite mail, all'indirizzo sc.medicinaconvenzionata@aressardegna.it

La S.V. potrà, ai sensi dell'art. 14 lett. b del Regolamento EU/2016/679, rivolgersi, altresì, al Responsabile della Protezione dei dati (DPO) al seguente indirizzo rpct@aressardegna.it per tutte le questioni attinenti il trattamento dei Suoi dati.

La presente informativa è stata redatta in data 04.04.2024.

Io sottoscritto _____ dichiaro di aver ricevuto l'informativa relativa ai trattamenti legati alla gestione del procedimento di concessione benefici di cui all'art. 33 co. 3 L.104/92, ai sensi dell'art. 34 c. 7 ACN 2024 ed alle conseguenti attività organizzative e amministrative legate alle normative che regolano la fruizione dei relativi benefici.

Luogo, data _____ firma _____

Alla S.C. Medicina Convenzionata
ARES Sardegna

DOMANDA PER USUFRUIRE DEI PERMESSI di cui alla L. 104/92, art. 33 c. 3 ex art. 34 c. 7 ACN 2024

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
Art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME	NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA
CODICE FISCALE			
COMUNE DI RESIDENZA	VIA/PIAZZA	CAP	TELEFONO CELLULARE
MAIL AZIENDALE		PEC <i>personale</i>	
BRANCA SPECIALISTICA			

Ore settimanali di incarico
(indicare il numero di ore settimanali per singola Azienda)

AZIENDA	N. DI ORE DI INCARICO
ASL N. 1 Sassari	
ASL N. 2 Gallura	
ASL N. 3 Nuoro	
ASL N. 4 Ogliastra	
ASL N. 5 Oristano	
ASL N. 6 Medio Campidano	
ASL N. 7 Sulcis	
ASL N. 8 Cagliari	
Altro, precisare: (INPS, INAIL etc.)	
Ore settimanali di incarico complessive	

a tempo **indeterminato** **determinato**

CHIEDE

di poter fruire del beneficio previsto ai sensi dell'art. 33, comma 3 della L. n. 104/92 e dell'art. 34 c. 7 dell'ACN 2024 in quanto persona con handicap in stato di gravità

DICHIARA

- di necessitare delle agevolazioni per necessità legate alla propria situazione di disabilità;
- che nessun altro parente o affine fruisce dei benefici suddetti allo stesso titolo;
ovvero
- che fruisce dei benefici suddetti allo stesso titolo il seguente parente o affine:
Nome _____ Cognome _____ data e luogo di nascita _____
Parentela o affinità _____
Nome _____ Cognome _____ data e luogo di nascita _____
Parentela o affinità _____;
- di impegnarsi, nell'ipotesi di rivedibilità del giudizio medico legale, a trasmettere la copia del verbale definitivo rilasciato dalla commissione medica per l'accertamento dell'handicap di cui alla legge 104/92, all'ufficio della S.C. Medicina Convenzionata ARES, immediatamente e comunque entro e non oltre 15 giorni dalla data di ricezione della raccomandata inviata dall'INPS;
- di impegnarsi a comunicare all'ufficio della S.C. Medicina Convenzionata ARES, le eventuali modifiche inerenti la situazione di fatto e/o di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni, tempestivamente e comunque entro e non oltre 15 giorni dall'evento che ha causato il venir meno dei requisiti;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ufficio della S.C. Medicina Convenzionata ARES la variazione del numero delle ore di incarico, in aumento o in diminuzione, che comportino la modifica del numero delle ore di permesso non retribuito;
- di essere consapevole che, durante la fruizione dei permessi, non è consentito effettuare altra attività lavorativa e che durante l'assenza per malattia del beneficiario non è consentita la fruizione dei permessi di cui alla L. 104/92;
- che la fotocopia del verbale allegato alla presente istanza, rilasciato dalla commissione medica per l'accertamento dell'handicap di cui alla legge 104/92 in data _____ / _____ / _____ è conforme all'originale;
- che quanto dichiarato nella presente istanza corrisponde al vero.

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia;

Consapevole che, ai sensi dell'art. 33, comma 7-bis della legge n. 104/1992, ferma restando la verifica dei presupposti per l'accertamento della responsabilità disciplinare, il lavoratore decade dai diritti di cui all'art. 33 della legge n. 104/1992, qualora il datore di lavoro accerti l'insussistenza o il venir meno delle condizioni richieste per la legittima fruizione dei medesimi diritti;

Consapevole, inoltre, del fatto che ARES Sardegna potrà operare in sede di istruttoria della presente richiesta dei controlli diretti a verificare la sussistenza del diritto a fruire delle agevolazioni in esame e che potranno inoltre essere attivati controlli a campione, anche successivi, sul contenuto delle dichiarazioni sostitutive di certificazione presentate dai dipendenti.

Data _____

Firma _____

ALLEGARE COPIA DI DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'

INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi dell'art. 13 Regolamento EU/2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali ARES Sardegna, con sede legale in Selargius Via Piero della Francesca, 1 in qualità di Titolare del trattamento, La informa che i dati personali sono raccolti in relazione alla procedura di concessione dei benefici di cui all'art. 33 co. 3 L.104/92, ai sensi dell'art. 34 c. 7 ACN 2024, attivata su Sua istanza.

Per le finalità espresse nella presente informativa, saranno trattati solo dati personali e dati particolari, come meglio specificato, per ottemperare agli obblighi contrattuali e normativi, nell'ambito della gestione dei benefici procedura di concessione dei benefici di cui all'art. 33 co. 3 L.104/92, ai sensi dell'art. 34 c. 7 ACN 2024, oltre che per ottemperare ad eventuali norme nazionali o dell'Unione Europea che dovessero impattare sulla gestione di tale istituto.

Finalità del trattamento: le finalità del trattamento sono l'esecuzione dell'ACN di settore vigente e delle normative connesse al rapporto di lavoro e della procedura di concessione dei benefici di cui all'art. 33 co. 3 L.104/92, ai sensi dell'art. 34 c. 7 ACN 2024 ed alle conseguenti attività organizzative e amministrative legate alle normative che regolano la fruizione dei relativi benefici.

La base giuridica del trattamento si può individuare negli obblighi contrattuali e più in generale, in tutte le norme che impattano sul rapporto di lavoro (*art. 6 lett. b, c per quanto concerne i dati personali e art.9 lett. b per quanto riguarda i dati particolari*).

Conservazione: i dati forniti saranno conservati per il tempo necessario al perseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti e successivamente, per il tempo previsto dalle disposizioni normative e regolamentari vigenti applicabili.

Il trattamento è effettuato sia con strumenti cartacei che elettronici, nel rispetto delle misure di sicurezza indicate dal Regolamento EU/2016/679 e dal D.lgs 196/2003 e ss.mm.ii. I dati verranno conservati nell'ottica della massima tutela della riservatezza e dell'integrità dei medesimi, non solo nella fase di conservazione, ma anche durante le fasi di trattamento.

Il mancato conferimento dei Suoi dati per la presente finalità ha come conseguenza l'impossibilità di attribuire la concessione dei benefici di cui all'art. 33 co. 3 L.104/92, ai sensi dell'art. 34 c. 7 ACN 2024.

Diffusione: i dati non saranno diffusi.

Destinatari: i dati forniti saranno trattati esclusivamente da persone autorizzate al trattamento ed opportunamente istruite. I dati potranno altresì essere comunicati a Enti Pubblici, Inps, Inail, Forze di Polizia o altri Soggetti Pubblici e Privati, ma esclusivamente al fine di adempiere ad obblighi contrattuali, di legge, regolamento o normativa comunitaria.

L'elenco aggiornato con gli estremi identificativi di tutti i Responsabili del Trattamento, potrà essere da Lei richiesto in qualunque momento al Titolare, che provvederà immediatamente a renderlo disponibile.

Diritti dell'interessato: Artt. 15, 16, 17, 18, 20, 21 del Regolamento EU/2016/679 (GDPR).

Lei può esercitare nei confronti del Titolare del trattamento i diritti previsti dagli artt. 15 e seguenti del GDPR e, segnatamente, il diritto di accesso ai dati personali, di rettifica, di cancellazione "diritto all'oblio", di limitazione di trattamento, di portabilità dei dati e di opposizione in qualsiasi momento al trattamento dei dati personali che La riguardano.

Ai sensi dell'art. 77 del Regolamento, Le è riconosciuto il diritto di proporre reclamo ad un'autorità di controllo, segnatamente nello Stato membro in cui risiede abitualmente, lavora, oppure nel luogo ove si è verificata la presunta violazione.

Inoltre Lei può richiedere di conoscere gli estremi identificativi degli amministratori di sistema nominati e dei gestionali all'interno dei quali sono presenti i dati di Sua competenza.

Lei potrà esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata al Titolare, anche tramite mail, all'indirizzo sc.medicinaconvenzionata@aressardegna.it

La S.V. potrà, ai sensi dell'art. 14 lett. b del Regolamento EU/2016/679, rivolgersi, altresì, al Responsabile della Protezione dei dati (DPO) al seguente indirizzo rpct@aressardegna.it per tutte le questioni attinenti il trattamento dei Suoi dati.

La presente informativa è stata redatta in data 04.04.2024.

Io sottoscritto _____ dichiaro di aver ricevuto l'informativa relativa ai trattamenti legati alla gestione del procedimento di concessione benefici di cui all'art. 33 co. 3 L.104/92, ai sensi dell'art. 34 c. 7 ACN 2024 ed alle conseguenti attività organizzative e amministrative legate alle normative che regolano la fruizione dei relativi benefici.

Luogo, data _____ firma _____