

Ordine di Servizio

Del 16/11/2020

ORDINE DI SERVIZIO NUMERO 28

PREMESSO:

1. Che è necessario disciplinare la modalità di accesso ai permessi ex legge 104/1992;
2. Che al fine di conformare le esigenze aziendali con la necessità di garantire l'assistenza del disabile è necessario pianificare le modalità con cui i lavoratori accudiscono il proprio parente o congiunto;
3. Quanto riportato nell'art. 32 del CCNL Autoferrotranvieri;

SI DISPONE:

1. Che gli aventi diritto provvederanno, secondo il prospetto di assistenza congiunta costituente parte integrante del presente documento (allegato A), a pianificare, con cadenza mensile, i periodi di assenza dal servizio stabiliti per curare il disabile. Tale schema oltre ad essere sottoscritto dal richiedente, mediante la specifica indicazione del mese di riferimento e delle giornate di permesso in esso ricadenti, dovrà riportare anche una dichiarazione debitamente sottoscritta dal disabile, dalla quale si evince che il programma di assistenza corrisponde alle proprie esigenze di tutela e di sostegno;
2. Che il programma in questione (allegato A) dovrà pervenire tempestivamente agli uffici aziendali almeno 10 giorni lavorativi prima dell'inizio del mese di riferimento, in tal senso farà fede la data del protocollo;
3. Che gli aventi diritto produrranno Autocertificazione (allegato B) accompagnata da copia del proprio documento d'identità;
4. Che l'Autocertificazione (allegato B) dovrà essere preventivamente protocollata e poi consegnata al responsabile dell'Ufficio Amministrativo (rag. Ignazio Cernigliaro);
5. **Nel caso in cui l'assistito non possa sottoscrivere l'atto, l'Azienda, preso atto della sottoscrizione effettuata da chi ha sottoscritto il modulo INPS, valuterà se richiedere specifiche certificazioni in proposito;**
6. Si precisa che le modalità di fruizione dei permessi ex articolo 33 della legge n. 104 del 1992 sono state modulate in base alla seguente suddivisione:
 - a. giornate intere (personale turnista);
 - b. giornate intere (6.5 h) e mezza giornate (altre tipologie di lavoratori);
7. Che in caso di situazioni eccezionali ed imprevedibili, il dipendente che si trova nell'effettiva impossibilità, di comunicare la variazione dell'assenza nel termine minimo utile per permettere all'azienda di assicurare comunque la regolarità e la continuità del servizio (*48 ore prima della data di fruizione del permesso*), dovrà giustificare a posteriori i motivi che lo hanno indotto a tale mutamento di programma ed a tal proposito il lavoratore interessato fornirà anche eventuali documenti atti a supportare l'indifferibilità dell'assistenza in quella giornata. La variazione del programma di assistenza dovrà, anche in questo caso, essere sottoscritta dall'assistito, salvo la

- circostanza in cui sia impossibile per quest'ultimo apporre la propria firma, nel qual caso, l'azienda valuterà, con riferimento alla documentazione già allegata, se richiedere o meno una specifica certificazione medica attestante tale incapacità;
8. Che in presenza di più giornate di assenza, tra loro concomitanti, richieste da diversi lavoratori, qualora si determini il rischio concreto di incidere sulla regolarità e la sicurezza del servizio, l'azienda, **in assenza di accordo tra i dipendenti interessati**, accoglierà le domande con riguardo alla data di presentazione, rimettendo ai lavoratori esclusi la possibilità di indicare un'altra data;
 9. Che per necessità nell'organizzazione dei servizi non saranno accordati permessi nelle giornate di sabato o in generale nelle giornate prefestive tranne in casi eccezionali, opportunamente motivati per iscritto, previo consenso della Direzione aziendale;
 10. Che il presente OdS annulla e sostituisce la Disposizione di Servizio del 23/01/2008 a firma del dott. Salvatore Barone;
 11. Che gli uffici interessati, ognuno per la sua competenza, daranno seguito al presente Ordine di Servizio;

Il Direttore Generale

Ing. Massimo La Rocca

**F.to il Direttore Generale ing. Massimo La Rocca
Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi
dell'art. 3 comma 2 del DLG num 39/1993.**

(Allegato A)

Benefici ex articolo 33 della legge n. 104/1992 - Programma di assistenza mensile

Il sottoscritto _____ dipendente di ATM Spa Trapani con mansione di _____ chiede di usufruire dei benefici previsti dalla normativa in oggetto per assistere il/la sig./sig.ra _____ giudicata disabile con connotazione di gravità in data _____ dalla Commissione Medica costituita presso l'Asl n. _____ di _____.

Il Programma di assistenza a favore del/della sig./sig.ra _____ è articolato in base al seguente prospetto:

Mese	Giorno	Giorno	Giorno	Giorno	Giorno

In fede

Luogo e data _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ residente a _____ riconosciuto/a disabile con carattere di gravità il _____ dalla commissione costituita presso la sede Asl n. _____ di _____ in data _____ dichiara che il programma di assistenza in questione è conforme alle proprie necessità.

In fede

Luogo e data _____

_____ (*)

(*) Nel caso in cui il disabile non è in condizione di sottoscrivere il programma, lo stesso sarà firmato dalla persona che ha sottoscritto la dichiarazione contenuta nel modulo INPS.

(Allegato B)

Autocertificazione

Il sottoscritto _____, nato a _____ il _____
e residente in _____ via _____ n _____
consapevole della responsabilità penale che si configura in caso di dichiarazioni false e mendaci e delle
relative sanzioni penali di cui all'articolo 76 del DPR n. 445 del 2000;

Dichiara

la veridicità delle seguenti affermazioni:

- ✓ l'assistenza al proprio congiunto, riconosciuto "*disabile grave*" dai competenti organi sanitari, **nelle giornate accordate sarà effettuata concretamente dal sottoscritto**;

Inoltre, con la presente dichiarazione, si assume l'impegno di:

- ✓ comunicare tempestivamente eventuali ricoveri ospedalieri, la cui natura è incompatibile con le motivazioni che giustificano la concessione delle giornate di permesso mensile;
- ✓ notificare eventuali variazioni che possono incidere sul beneficio normativo in questione (*p.es decesso assistito, revisione del giudizio di gravità, possibile assistenza prestata da altri familiari*);
- ✓ **autorizzare l'azienda a trattenere le prestazioni non dovute in caso di utilizzazione indebita dei permessi accordati.**

In fede

_____ (*)

Luogo e data _____

Nota: allegare documento d'identità personale o tessera di servizio