

Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di
AGRIGENTO

ORIGINALE

DISTRETTO SANITARIO DI BASE DI SCIACCA

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE N. 1308 DEL 04 MAG 2026

OGGETTO: PRESA D'ATTO DELLA CESSAZIONE DEI BENEFICI LEGGE N. 104/92 DEL
DIPENDENTE MISSF MATRICOLA MISSS2.

STRUTTURA PROPONENTE: DISTRETTO SANITARIO DI BASE DI SCIACCA

PROPOSTA N. 1353 DEL 27/04/2026

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Sig.ra Guardino Antonina

Guardino Antonina

IL REFERENTE DELLA STRUTTURA

Dr. Giancarlo Pancucci

Dr. Giancarlo Pancucci

VISTO CONTABILE

Si attesta la copertura finanziaria:

() come da prospetto allegato (ALL. N. _____) che è parte integrante della presente determina

NON COMPORTA
ORDINE DI SPESA

() Autorizzazione n. _____ del _____

C.E.

C.P.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

S.E.F.P.

Sig.ra Siracusa Maria
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO

Siracusa Maria

IL DIRETTORE UOC SEF e P.

IL DIRETTORE U.O.C.
SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO
E PATRIMONIALE

Dr. Beatrice Salvaggio

Dr. Beatrice Salvaggio

RICEVUTA DALL'UFFICIO ATTI DELIBERATIVI IN DATA 04 MAG 2026

DISTRETTO SANITARIO DI BASE

L'anno 2026, il giorno QUATTRO del mese di MAGGIO nella sede
della su indicata Struttura

IL DIRIGENTE DELEGATO

Giusta atto di delega del Direttore Generale, Dott. Giuseppe Capodiceci, prot. 23 del 25.03.2026,
Registro Deleghe.

Visto l'Atto Aziendale di questa ASP, adottato con delibera n. 265 del 23/12/2019 ed approvato con D.A. n. 478 del 04/06/2020, di cui si è preso atto con delibera n.880 del 10/06/2020;

Vista la Determinazione Dirigenziale n. 3146 del 29.09.2025 con cui è stato concesso al dipendente ~~OMISSIS~~(matricola ~~OMISSIS~~), con qualifica di ~~OMISSIS~~, il beneficio relativo alla fruizione dei permessi di tre giorni mensili, ai sensi dell'articolo 33, comma 3, Legge 104/92, per assistenza del nonno ~~OMISSIS~~ portatore di handicap in situazione di gravità;

Vista la nota prot. n. 64507 del 15.04.2025, che si allega, con cui il dipendente ~~OMISSIS~~(matricola ~~OMISSIS~~) assegnato presso il Servizio ~~OMISSIS~~, del Distretto Sanitario di Sciacca, con contratto a tempo determinato dal 01/04/2025 al 31/03/2028, ha comunicato la cessazione del beneficio di tre giorni di permesso mensili, ai sensi dell'articolo 33, comma 3, Legge 104/92, per decesso del nonno ~~OMISSIS~~ portatore di handicap in situazione di gravità in data 19.03.2026;

Ritenuto di dovere, conseguentemente, provvedere alla rinuncia dei benefici;

Dato atto che il presente provvedimento viene adottato su proposta del Responsabile della U.O.C. Distretto Sanitario di base di Sciacca proponente, che, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, ne attesta la legittimità e la piena conformità alla normativa che disciplina la fattispecie trattata.

DETERMINA

Per le motivazioni espresse in premessa e che si intendono qui integralmente trascritte:

Prendere atto della comunicazione prot. n. ~~OMISSIS~~ del dipendente ~~OMISSIS~~(matricola ~~OMISSIS~~), di cui sopra, con qualifica di ~~OMISSIS~~, presso il Servizio ~~OMISSIS~~ ~~OMISSIS~~ del Distretto Sanitario di Sciacca, a cessare dal 19.03.2026, i benefici di tre giorni di permesso mensili, ai sensi dell'articolo 33, comma 3, Legge 104/92 concessi con Determinazione Dirigenziale n. 3223 del 24.09.2025, per assistere il nonno ~~OMISSIS~~ portatore di handicap in situazione di gravità;

Dare comunicazione dell'adozione del presente atto all'interessato, al Referente del Servizio presso cui presenta la propria attività il dipendente e all'ufficio rilevazioni presenze del D.S.B. di Sciacca;

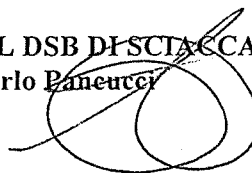
Munire il presente atto della clausola di immediata esecuzione.

Stabilire che l'esecuzione del presente atto sarà curata dall'U.O.C. Distretto Sanitario di Base di Sciacca.

Per delega del Direttore Generale

IL REFERENTE DEL DSB DI SCIACCA

Dott. Giancarlo Panucci



NOMINATI VI. omessi
ai sensi del D. Lgs. n. 196/03 e s.m.i.



PUBBLICAZIONE

Si dichiara che la presente determina dirigenziale, a cura dell'incaricato, è stata pubblicata in forma digitale all'albo pretorio on line dell'ASP di Agrigento, ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 2, della L.R. n.30 del 03/11/93 e dell'art. 32 della Legge n. 69 del 18/06/09 e s.m.i., dal _____ al _____

L'Incaricato

Il Funzionario Delegato
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi

Notificata al Collegio Sindacale il _____ con nota prot. n. _____

ESECUTIVITA' DETERMINA

- Immediatamente esecutiva dal 04 MAG 2026
Agrigento, li 04 MAG 2026

Il Referente Ufficio Atti deliberativi
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi



REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA

- Revoca/annullamento in autotutela con provvedimento n. _____ del _____
- Modifica con provvedimento n. _____ del _____
Agrigento, li _____

Il Referente Ufficio Atti deliberativi
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi