



Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di
AGRIGENTO

ORIGINALE

DISTRETTO SANITARIO DI BASE DI SCIACCA

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE N. 1309 DEL 04 MAG 2026

OGGETTO: CONCESSIONE PERMESSI RETRIBUITI L. 104/92 ALLA DIPENDENTE OMISSIS
(MATRICOLA OMISSIS)

STRUTTURA PROPONENTE: DISTRETTO SANITARIO DI BASE DI SCIACCA

PROPOSTA N. 1357 DEL 27.06.2026

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Sig.ra Guardino Antonina

IL REFERENTE DELLA STRUTTURA

Dr. Giancarlo Panfucchi

VISTO CONTABILE

Si attesta la copertura finanziaria:

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

() Autorizzazione n. _____ del _____
NON COMPORTA
ORDINE DI SPESA

C.E.

C.P.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

IL DIRETTORE UOC SEF e P.

S.E.F.P.
Sig.ra Siracusa Marla
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO

IL DIRETTORE U.O.C.
SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO
E PATRIMONIALE
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 Capodieci, 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 l'istanza del OMISSIS protocollo n. OMISSIS del dipendente OMISSIS (matricola OMISSIS) in servizio presso OMISSIS con contratto a tempo determinato dal 16/07/2025 al 31/12/2026, con qualifica di infermiere, con la quale ha richiesto la concessione del beneficio di TRE giorni di permesso mensili, ai sensi dell'articolo 33, comma 3, Legge 104/92, al fine di assistere la propria nonna OMISSIS portatrice di handicap in situazione di gravità;

Visto il verbale del 26.11.2025 della Commissione Medico Legale di Licata per l'accertamento dell'handicap dal quale si evince che la Sig.ra OMISSIS è portatrice di handicap in situazione di gravità non soggetta revisione;

Vista la dichiarazione sostitutiva di notorietà, ai sensi del D.P.R. 445/2000, del suddetto dipendente relativa alla dichiarazione di prestare assistenza alla propria nonna e di essere l'unico referente;

Vista la circolare n. 13/2010 della Presidenza del Consiglio dei Ministri avente per oggetto "modifiche alla disciplina in materia di permessi per l'assistenza alle persone con disabilità – banca dati informatica presso il Dipartimento della Funzione Pubblica – Legge 183/2010 art. 24";

Atteso che il 3° comma dell'articolo 33 della Legge 53/2000 stabilisce, tra l'altro, che colui che assiste con continuità ed in via esclusiva una persona con handicap in situazione di gravità, parente o affine entro il terzo grado, ha diritto a tre giorni di permessi mensili, fruibili anche in maniera continuativa;

Vista la delibera n. 8186 dell'11/12/2012 avente per oggetto "approvazione regolamento orario di lavoro";

Ritenuto di poter accogliere favorevolmente l'istanza del dipendente in considerazione del fatto che sussistono i requisiti previsti dalla normativa vigente;

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.

Dare atto che i documenti sopra citati sono depositati presso l'Ufficio Personale del Distretto proponente.

DETERMINA

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

Accogliere l'istanza del dipendente OMISSIS (matricola OMISSIS) con la quale ha richiesto la concessione del beneficio di TRE giorni di permesso mensili, ai sensi dell'articolo 33 comma 3 della Legge 104/92, al fine di assistere la propria nonna sig.ra OMISSIS portatrice di handicap in situazione di gravità non soggetta a revisione;

Dare atto che i TRE giorni di permesso mensili sono retribuiti e che gli stessi non sono compatibili ai fini del raggiungimento del limite fissato per i permessi retribuiti e non riducono le ferie, come previsto dal C.C.N.L.;

Stabilire che il dipendente dovrà: dare comunicazione scritta ogni qual volta vorrà avvalersi del beneficio concesso; comunicare tempestivamente la cessazione del diritto del predetto beneficio al Responsabile dell'OMISSIS comunicare preventivamente al Responsabile dell'U.O. di riferimento i giorni in cui fruirà di detti benefici;

Fissare come decorrenza di fruizione dei predetti permessi quella di adozione del presente provvedimento e come cessazione quella della non sussistenza dei requisiti come da verifica annuale a cura dell'ufficio proponente;

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

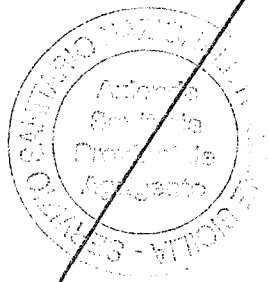
Munire il presente atto della clausola di immediata esecuzione.

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

Per delega del Direttore Generale

IL REFENTE DEL DSB DI SCIACCA
Dott. Giancarlo Pancucci

NOMINATIVI 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

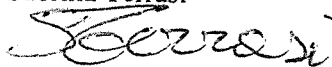
Il Funzionario Delegato
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi

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