



01

Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di
AGRIGENTO

**ORIGINALE
OMISSIS**

STRUTTURA AMMINISTRATIVA DEL P.O. AGRIGENTO

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE N. 1356 DEL 12 MAG 2026

OGGETTO: Riconoscimento benefici art. 33, c. 3, della L. 104/92 – Dipendente *omissis* (matr. *omissis*).

STRUTTURA PROPONENTE: U.O.C. Struttura Amministrativa P.O. Agrigento	
PROPOSTA N. 1675 DEL 6.5.2026	
IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO Dott. Giuseppe Tagliarini 	IL DIRETTORE STRUTTURA AMM.VA P.O. AG Dott.ssa Cinzia Schinelli
L'ISTRUTTORE Sig. Alfonso Furia 	

VISTO CONTABILE	
Si attesta la copertura finanziaria:	
<input type="checkbox"/> come da prospetto allegato (ALL. N. _____) che è parte integrante della presente determina	
<input type="checkbox"/> Autorizzazione n. _____ del _____	
NON COMPORTA ORDINE DI SPESA	<input type="checkbox"/> C.E. / <input type="checkbox"/> C.P.
II RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO S.E.F.P. Sig.ra Siracusa Maria ASSISTENTE AMMINISTRATIVO 	IL DIRETTORE UOC SEF e P. IL DIRETTORE U.O.C. SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO E PATRIMONIALE Dr. Beatrice Salvago

RICEVUTA DALL'UFFICIO ATTI DELIBERATIVI IN DATA 12 MAG 2026

STRUTTURA AMMINISTRATIVA DEL P.O. AGRIGENTO

L'anno 2026 il giorno DODiei del mese di MAGGIO nella sede della suindicata Struttura

IL DIRIGENTE DELEGATO

Giusta atto di delega del Direttore Generale, Dott. Giuseppe Capodieci, prot.n. 24 del 25/06/2024, 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;

Premesso:

- che con istanza prot. 64593/2026 la dipendente sig.ra *omissis* matricola *omissis*, Ausiliario Specializzato a tempo indeterminato presso l'UOC *omissis* del P.O. di Agrigento, ha chiesto di usufruire dei benefici previsti dal vigente art. 33 comma 3 della Legge 104/92, per assistere il familiare di II° grado (sorella) *omissis* nata a *omissis* il *omissis*;
- che la richiesta è motivata in relazione alla patologia come risulta dal Decreto di omologa del 23/07/202016 RG. 5135/2016 che riconosce la situazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. 104/92;
- che il suddetto decreto non prevede revisione;

Letto l'art. 3 del D. Lgs. n. 105 del 30.06.2022 "Modifiche alla legge 5 febbraio 1992, n. 104" secondo il quale all'art. 33 della L.104/92, il comma 3 è sostituito dal seguente: "il lavoratore dipendente ha diritto di fruire di tre giorni di permesso mensile retribuito, coperto da contribuzione figurativa, anche in maniera continuativa, per assistere una persona con disabilità in situazione di gravità, che non sia ricoverata a tempo pieno, rispetto alla quale il lavoratore sia, convivente di fatto, parente o affine entro il secondo grado. In caso di mancanza o decesso dei genitori o del coniuge o della parte di un'unione civile o del convivente di fatto, qualora gli stessi siano affetti da patologie invalidanti o abbiano compiuto i sessantacinque anni di età, il diritto è riconosciuto a parenti o affini entro il terzo grado della persona con disabilità in situazione di gravità. Fermo restando il limite complessivo di tre giorni, per l'assistenza allo stesso individuo con disabilità in situazione di gravità, il diritto può essere riconosciuto, su richiesta, a più soggetti tra quelli aventi diritto, che possono fruirne in via alternativa tra loro";

Letto il Decreto Legislativo 105/2022 che nello specifico all'art. 3, c.1, lettera b), n. 2, ha riformulato il comma 3 dell'art. 33 della L. 104/92, eliminando la figura del referente unico dell'assistenza;

Atteso che la dipendente in parola ha dichiarato di impegnarsi a comunicare eventuali modifiche e rettifiche da parte dell'ASL, sulla gravità dell'handicap relativa al familiare per cui sono concessi i benefici;

Che, contestualmente, la stessa dipendente si è impegnata a comunicare, all'inizio di ciascun mese, il piano mensile delle assenze che andrà ad effettuare, comunicandolo al Direttore della struttura di appartenenza, salvo la possibilità di variare, in casi eccezionali la programmazione prevista;

Che a corredo della propria richiesta, l'interessata ha prodotto propria dichiarazione sostitutiva di notorietà, rilasciata ai sensi dell'art. 47 del D.P.R.445\00, da cui risulta che la sorella disabile grave non è ricoverata a tempo pieno e di essere referente unico per l'assistenza in via continuativa ed esclusiva;

Rilevato che l'istanza della dipendente in parola è accoglibile, in quanto sufficientemente motivata e documentata, per cui occorre riconoscere alla stessa il diritto alla fruizione di tre giorni di permesso retribuito mensili, ai sensi di quanto disposto dal vigente art. 33, comma 3 della Legge n. 104/92, con l'impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni;

Dato atto che il presente provvedimento viene adottato su proposta del Dirigente/Responsabile della Struttura Amministrativa del P.O. di Agrigento 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 e che la documentazione richiamata ma non allegata alla presente determina, è custodita in atto presso gli uffici amministrativi di questa UOC

DETERMINA

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

Accogliere l'istanza prot. 64593/2026 della dipendente sig.ra *omissis* matricola *omissis*, Ausiliario Specializzato a tempo indeterminato presso l'UOC *omissis* del P.O. di Agrigento, e riconoscere alla stessa il beneficio di fruire dei tre giorni al mese ai sensi dell' art. 33, comma 3, della L. 104/92, per assistere il familiare di II° grado (sorella) sig.ra *omissis* nata a *omissis* il *omissis* portatore di handicap in situazione di gravità art. 3 c. 3 della L. 104/92;

Dare atto che tali permessi sono utili ai fini della maturazione delle ferie e della 13° mensilità;

Stabilire che, il dipendente dovrà comunicare tempestivamente il mutamento o la cessazione della situazione di fatto e di diritto che comporta il venir meno della titolarità dei benefici concessi con il presente provvedimento all'Ufficio Presenze del P.O. di Agrigento e al Responsabile dell'U.O. di riferimento;

Stabilire altresì che il dipendente, al fine di garantire la funzionalità degli uffici e la migliore organizzazione dell'attività amministrativa, predispone, di norma, una programmazione mensile dei giorni in cui intende assentarsi, da comunicare all'inizio di ogni mese ovvero, in caso di orario di lavoro articolato in turni, in tempo utile per la predisposizione della turnistica per il mese di riferimento, in caso di necessità ed urgenza, la comunicazione può essere presentata nelle 24 ore precedenti la fruizione dello stesso e, comunque, non oltre l'inizio dell'orario di lavoro del giorno in cui il lavoratore utilizza il permesso;

Fissare come decorrenza di fruizione dei predetti permessi quella di adozione del presente provvedimento;

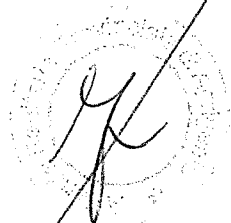
Procedere alla verifica d'ufficio delle dichiarazioni sostitutive prodotte a supporto dell'istanza sottoscritte dal dipendente, come previsto dall'art. 8 della circolare n. 13/2010 del Dipartimento della Funzione Pubblica;

Dare comunicazione dell'adozione del presente atto all'interessato, al Responsabile U.O.C. di riferimento e all'Ufficio Presenze del P.O. di Agrigento;

L'esecuzione del presente atto sarà curata dall'Ufficio Gestione Amministrativa del P.O. di Agrigento.

Per delega del Direttore Generale
IL DIRIGENTE DELEGATO
Direttore Struttura Amministrativa
Dott.ssa Cinzia Schinelli

... 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

12 MAG 2026

▪ Immediatamente esecutiva dal _____

Agrigento, li **12 MAG 2026**

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

Sig. DOMENICO ALAIMO
Collaboratore Amministrativo

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