

|                          |                  |
|--------------------------|------------------|
| <b>COMUNE DI MODUGNO</b> |                  |
| Prot. n.                 | 73260            |
| 16 MAR. 2006             |                  |
| Cat. _____               | Clas. _____      |
| Fasc. _____              | Sottofasc. _____ |

Al Dirigente VI Settore  
Dott. Saverio Vacca

Al Dirigente I Settore  
Dott. Tommaso Montefusco

Loro sedi

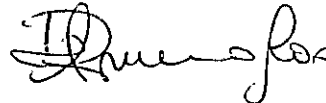
Oggetto: Comunicazione di n° 2 ore di riposi giornalieri (ex riposi per allattamento – art. 39 comma 1 D.Lgs. 151/2001).

La sottoscritta Rosa D'Amico nata a Modugno (BA) il 04 febbraio 1978 residente a Modugno alla via Bruno Buozzi, 18 dipendente con contratto di lavoro a tempo determinato ed in servizio presso l'Asilo Nido Comunale, con la presente, chiede di fruire dei riposi giornalieri retribuiti dal 15 marzo 2006, per il figlio Maurelli Sabino nato a Bari il 03 dicembre 2005 e di articolare l'orario di lavoro nel modo seguente:

da lunedì a venerdì dalle ore 08,30 alle ore 12,30.



Rosa D'Amico



Modugno, 14 marzo 2006

**CERTIFICATO DI ASTENSIONE DAL LAVORO  
PER ACCUDIRE IL FIGLIO MALATO**

|                                             |                  |
|---------------------------------------------|------------------|
| <b>COMUNE DI MODUGNO</b>                    |                  |
| Prot. n. <u>56326</u>                       |                  |
| 14 NOV. 2007                                |                  |
| Cat. _____                                  | Clas. _____      |
| Fasc. _____                                 | Sottofasc. _____ |
| Certifico che <u>RAFFAELI</u> <u>SARINO</u> |                  |

Il 12/11/2007

nato il 03/12/2005

è affetto da patologia acuta.

Per tale motivo necessita di assistenza e terapia domiciliare  
per 2 (due) giorni.

Tale certificazione si rilascia, dietro sua richiesta, alla Sig.ra  
(al Sig.) D'AMICA ROSA

madre (padre) del bambino/a malato/a.

**Dott. FULVIO LUIGI**  
SPECIALISTA IN PEDIATRIA  
Via X. Marzo, 100/120 - MODUGNO  
COS. REG. In fede 4047-9

Al Responsabile Ufficio Personale  
Comune di Modugno

S E D E

|                   |            |
|-------------------|------------|
| COMUNE DI MODUGNO |            |
| Prot. n.          | 56026      |
| 14 NOV. 2007      |            |
| Cat.              | Clas.      |
| Fasc.             | Sottofasc. |

Modugno.

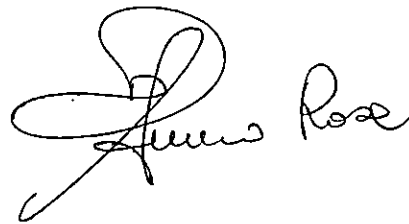
Oggetto: congedo per la malattia del figlio - dichiarazione ai sensi dell' art. 47, D.P.R. 445/2000.

Il/La sottoscritto/a D'Amico Rosa dipendente del Comune di Modugno ed in servizio presso ASilo Nido dichiaro/a di aver fruito dal 12/11/04 al 13/11/07 di n° 2 giorno/i di congedo per malattia del/lla minore MAURELLI SABINO nato/a a ARI il 03/12/05 di cui all'art. 17 comma 6 del CCNL 14 settembre 2000 e art. 47 D.Lgs. 151 del 26 marzo 2002.

Dichiaro/a, inoltre, che l'altro genitore non ha usufruito contemporaneamente, del medesimo beneficio concesso per lo stesso motivo.

Si trasmette, in allegato, la relativa certificazione medica.

Distinti saluti



1 Prot. 2009 n. 20/09/07

MODULISTICA GIUSTIFICAZIONE ASSENZE

Al Sig. Dirigente ..... Settore

Comune di Modugno

SEDE

Oggetto: Richiesta / Comunicazione: CONGEDO MALATTIA

Il /la sottoscritto/a D'Amico Rosa dipendente

del Comune di Modugno, ed in servizio presso ASIL N. 00

Chiede/Comunica

Al Sig. Dirigente l'autorizzazione ad usufruire / di aver usufruito dal / il 18/19/09/07  
al \_\_\_\_\_:

- |                          |                  |
|--------------------------|------------------|
| <b>COMUNE DI MODUGNO</b> |                  |
| Prot. n.                 | <u>46518</u>     |
| <b>25 SET. 2007</b>      |                  |
| Cat. _____               | Clas. _____      |
| Fasc. _____              | Sottofasc. _____ |
- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO CORRENTE \_\_\_\_\_
  - ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNI PRECEDENTI \_\_\_\_\_
  - ☐ N.....giorno/i di FESTIVITA' SOPPRESSE \_\_\_\_\_
  - ☐ N.....giorno/i - ora/e di RIPOSO COMPENSATIVO/RECUPERO \_\_\_\_\_
  - ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO \_\_\_\_\_
  - ☐ N.....giorno/i - ora /e di PERMESSO PER STUDIO \_\_\_\_\_
  - ☐ N.....ora/e di PERMESSO BREVE DA RECUPERARE dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_
  - ☐ N.....giorno - ora/e di ASSEMBLEA SINDACALE - ART. 2 CCNQ DEL 7/9/98 \_\_\_\_\_
  - ☐ N.....giorno/i - ora/e di SCIOPERO \_\_\_\_\_
  - ☐ N.....giorno/i - ora/e di MISSIONE \_\_\_\_\_
  - ☐ N.....giorno/i di CONGEDO PARENTALE (EX ASTEN. FAC.) art. 32 D.LGS. 151/2001 \_\_\_\_\_
  - ☒ N.....giorno/i di CONGEDO PER MALATTIA DEL FIGLIO art. 47 D.LGS. 151/2001 18/19/09/07  
(Si dichiara che l'altro genitore non ha usufruito contemporaneamente dello stesso beneficio  
concesso per lo stesso motivo e per lo stesso periodo- art. 47 del DPR n. 445/2000)

NOTE \_\_\_\_\_

Modugno, 18/09/07

Con osservanza



VISTO PER 18/09/07 POSTA/PRESA VISIONE

# CERTIFICATO DI MALATTIA DEI FIGLI PER CONGEDO DAL LAVORO

|                          |            |
|--------------------------|------------|
| Fasc. _____              | Cat _____  |
| Sottosc _____            | Clas _____ |
| 19 SET. 2007             |            |
| Prot. n. 45885           |            |
| <b>COMUNE DI MODUGNO</b> |            |

18/09/07

(luogo e data di rilascio)

*Si certifica, sulla base della visita medica da me effettuata in data odierna, che:*

MAURELLI SABINO

Il/la bambino/a

nato/a a

il

residente a

in via

Laringite acuta

è affetto/a da

DAMICO ROSA

e necessita di assistenza da parte del genitore

due o.c.

per giorni

**Dott. Filippo Pina UGI**

SPED. IN A.B. 11/09/07

Via X 10 36100 MODUGNO

COD. REG. 14047.0

Al Responsabile Ufficio Personale  
Comune di Modugno

S E D E

Modugno.

18/09/07

|                   |                  |
|-------------------|------------------|
| COMUNE DI MODUGNO |                  |
| Prot. n.          |                  |
| 19 SET. 2007      |                  |
| Cat. _____        | Clas. _____      |
| Fasc. _____       | Sottofasc. _____ |

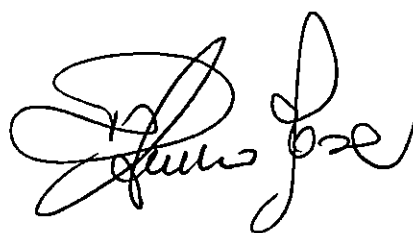
Oggetto: congedo per la malattia del figlio - dichiarazione ai sensi dell' art. 47, D.P.R. 445/2000.

Il/La sottoscritto/a D'Arco Rosa dipendente del Comune di  
Modugno ed in servizio presso Astco Nido dichiaro/a di  
aver fruito dal 18/09/2007 al 19/09/2007 di n° 2 giorno/i di  
congedo per malattia del/lla minore MAURELLA SABINA nato/a  
a BARI 03/12/05 il ..... di cui all'art. 17 comma 6 del CCNL  
14 settembre 2000 e art. 47 D.Lgs. 151 del 26 marzo 2002.

Dichiaro/a, inoltre, che l'altro genitore non ha usufruito contemporaneamente, del  
medesimo beneficio concesso per lo stesso motivo.

Si trasmette, in allegato, la relativa certificazione medica.

Distinti saluti



# CERTIFICATO DI ASTENSIONE DAL LAVORO PER ACCUDIRE IL FIGLIO MALATO

|                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| COMUNE DI MODUGNO |                   |
| Prot. n.          | 8190              |
| 14 FEB. 2007      |                   |
| Cat. _____        | Clas. _____       |
| Fasc. _____       | Sott. fasc. _____ |

// 14/02/2007

Certifico

che ROBERTO SABINO

nato il 03/12/2005

è affetto da patologia acuta.

Per tale motivo necessita di assistenza e terapia domiciliare  
per 1 (uno) giorni.

Tale certificazione si rilascia, dietro sua richiesta, alla Sig.ra  
(al Sig.) D'AMICO ROSA

madre (padre) del bambino/a malato/a.

**Dott. FILAVALLE LUIGI**  
SPECIAISTA IN PEDIATRIA  
Via X Marzo, 100/320 - MODUGNO  
COD. REG. 1.4047.9

Al Responsabile Ufficio Personale  
Comune di Modugno

SEDE

Modugno. 14/02/2007

|                   |                  |
|-------------------|------------------|
| COMUNE DI MODUGNO |                  |
| Prot. n. 8190     |                  |
| 14 FEB. 2007      |                  |
| Cat. _____        | Clas. _____      |
| Fasc. _____       | Sottofasc. _____ |

Oggetto: congedo per la malattia del figlio - dichiarazione ai sensi dell' art. 47, D.P.R. 445/2000.

Il/La sottoscritto/a DAMICO ROSA dipendente del Comune di Modugno ed in servizio presso ASIA Hido dichiaro/a di aver fruito dal 14/02/2007 al 14/02/2007 di n° 1 giorno/i di congedo per malattia del/lla minore Maurizio Solinas nato/a a San il 03/12/2005 di cui all'art. 17 comma 6 del CCNL 1-4 settembre 2000 e art. 47 D.Lgs. 151 del 26 marzo 2002.

Dichiaro/a, inoltre, che l'altro genitore non ha usufruito contemporaneamente, del medesimo beneficio concesso per lo stesso motivo.

Si trasmette, in allegato, la relativa certificazione medica.

Distinti saluti

*Damico Rosa*

**CERTIFICATO DI ASTENSIONE DAL LAVORO  
PER ACCUDIRE IL FIGLIO MALATO**

Il 19/01/2007

Certifico che RAUCCI SABINO

nato il 03/12/2005

è affetto da patologia acuta.

Per tale motivo necessita di assistenza e terapia domiciliare

per 8 (OTTO) giorni.

Tale certificazione si rilascia, dietro sua richiesta, alla Sig.ra

(al Sig.) D'AMICO RO SA

madre (padre) del bambino/a malato/a.

**Dott. FILANFANTO LUIGI**  
SPECIALISTA IN PEDIATRIA

Via X. Marzo 186/G20 - MODUGNO

COD. REG. 1.4047.9

In fede

Al Responsabile Ufficio Personale  
Comune di Modugno

S E D E

Modugno.

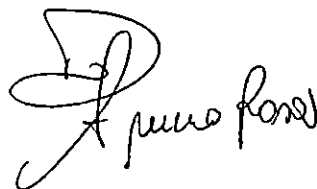
**Oggetto: congedo per la malattia del figlio - dichiarazione ai sensi dell' art. 47, D.P.R. 445/2000.**

Il/La sottoscritto/a D'AMICO ROSA dipendente del Comune di Modugno ed in servizio presso ASILO NIDO dichiaro/a di aver fruito dal 19/01/2007 al 27/01/07 di n° 8 giorno/i di congedo per malattia del/lla minore MAURELLI SABINO nato/a a BARI il 3/12/2005 di cui all'art. 17 comma 6 del CCNL 14 settembre 2000 e art. 47 D.Lgs. 151 del 26 marzo 2002.

Dichiaro/a, inoltre, che l'altro genitore non ha usufruito contemporaneamente, del medesimo beneficio concesso per lo stesso motivo.

Si trasmette, in allegato, la relativa certificazione medica.

Distinti saluti

  
Rosa D'Amico

Al Responsabile Ufficio Personale  
Comune di Modugno

S E D E

Modugno.

Oggetto: congedo per la malattia del figlio - dichiarazione ai sensi dell'  
art. 47, D.P.R. 445/2000.

Il/La sottoscritto/a D'ATILIO ROSA dipendente del Comune di  
Modugno ed in servizio presso ASICO N.100 dichiaro/a di  
aver fruito dal 5/12 al 7/12/2006 di n° 3 giorno/i di  
congedo per malattia del/lla minore MAURECCI SABINO nato/a  
a BARI il 3/12/2005 di cui all'art. 17 comma 6 del CCNL  
14 settembre 2000 e art. 47 D.Lgs. 151 del 26 marzo 2002.

Dichiaro/a, inoltre, che l'altro genitore non ha usufruito contemporaneamente, del  
medesimo beneficio concesso per lo stesso motivo.

Si trasmette, in allegato, la relativa certificazione medica.

Distinti saluti

|                   |                  |
|-------------------|------------------|
| COMUNE DI MODUGNO |                  |
| Prot. n. 58526    |                  |
| - 6 DIC. 2006     |                  |
| Cat _____         | Clas _____       |
| Fasc. _____       | Sottofasc. _____ |

*D'Atilio Rosa*

# CERTIFICATO DI ASTENSIONE DAL LAVORO PER ACCUDIRE IL FIGLIO MALATO

II 05/12/2006

Certifico che MAURELLI SABINO

nato il 03/12/1995

è affetto da patologia acuta.

Per tale motivo necessita di assistenza e terapia domiciliare  
per 3 (TRE) giorni.

Tale certificazione si rilascia, dietro sua richiesta, alla Sig.ra  
(al Sig.) D'AMICO ROSA

madre (padre) del bambino/a malato/a.

**Dott. FILANZINO LUIGI**  
SPECIALISTA IN PEDIATRIA  
Via X Marzo 108/G20 MODUGNO  
COD. REC. 1 4047.8

|                          |                  |
|--------------------------|------------------|
| <b>COMUNE DI MODUGNO</b> |                  |
| Prot. n.                 | <u>58576</u>     |
| <b>- 6 DIC. 2006</b>     |                  |
| Cat _____                | Clas _____       |
| Fasc. _____              | Sottofasc. _____ |

In fede

11

Al Responsabile Ufficio Personale  
Comune di Modugno

S E D E

|                          |                  |
|--------------------------|------------------|
| <b>COMUNE DI MODUGNO</b> |                  |
| Prot. n. 54956           |                  |
| 16 NOV. 2006             |                  |
| Cat. _____               | Clas. _____      |
| Fasc. _____              | Sottofasc. _____ |

Modugno. 16/11/06

Oggetto: congedo per la malattia del figlio - dichiarazione ai sensi dell' art. 47, D.P.R. 445/2000.

Il/La sottoscritto/a.....D'AMICO ROSA..... dipendente del Comune di Modugno ed in servizio presso.....ASL 20 NIDDO..... dichiaro/a di aver fruito dal.....15/11/2006..... al.....17/11/2006..... di n°.....3..... giorno/i di congedo per malattia del/lla minore.....MAURELLI SA. 137 NO..... nato/a a.....BARA..... il.....23/12/2005..... di cui all'art. 17 comma 6 del CCNL 14 settembre 2000 e art. 47 D.Lgs. 151 del 26 marzo 2002.

Dichiaro/a, inoltre, che l'altro genitore non ha usufruito contemporaneamente, del medesimo beneficio concesso per lo stesso motivo.

Si trasmette, in allegato, la relativa certificazione medica.

Distinti saluti

*Rosa D'Amico*

**Certificato di astensione dal lavoro  
per accudire il figlio malato**

n. 15/11/2006

Certifico che MAURELLI SABINO,  
nato il 03/12/05,  
é affetto da patologia acuta.

Per tale motivo necessita di assistenza e terapia  
domiciliare per TRE giorni.

Tale certificazione si rilascia, dietro sua richiesta, alla  
Sig.ra (al Sign.) D'AMICO ROSA

madre (padre) del bambino/a malato/a.

|                     |                              |
|---------------------|------------------------------|
| COMUNE DI MODUGNO   |                              |
| Prot. n.            | <u>54956</u>                 |
| <b>16 NOV. 2006</b> | <b>Dott. FILIPPINO LUIGI</b> |
| Cat. _____          | Clas. _____                  |
| Fasc. _____         | Sottofasc. _____             |

**SPECIALISTICO PEDIATRIA**  
Via X - Modugno, 1087820 - MODUGNO  
COD. REG. 1.4847.9

|                                                                               |                 |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <b>COMUNE DI MODUGNO</b>                                                      |                 |
| Prot. N. <u>25298</u>                                                         |                 |
| <b>Certificato di astensione dal lavoro<br/>per accudire il figlio malato</b> |                 |
| 24 MAG 2006                                                                   |                 |
| Cat. ....                                                                     | Clas. ....      |
| Fasc. ....                                                                    | Sottofasc. .... |

li, 24/05/2006

Certifico che BAYANELLI SABINO  
nato il 03/12/2005

é affetto da patologia acuta.

Per tale motivo necessita di assistenza e terapia  
domiciliare per 3 (TRE) giorni.

Tale certificazione si rilascia, dietro sua richiesta, alla  
Sig.ra (al Sign.) D'AMICO ROSA  
madre (padre) del bambino/a malato/a.

**Dott. FILADELFO LUIGI**  
SPECIALISTA IN PEDIATRIA  
Via X. Maggio, 1087/G20 - MODUGNO  
COD. REG. 1.4047.9

Cognome MAURELLI

Nome SABINO

Il/la bambino/a, sulla base della visita medica effettuata,  
è ammalato/a e necessita di cure materne/paternali: DIAMICO ROSA  
Prognosi gg 2 (due) s.c.

Modugno li 30/10/2006

|                          |                  |
|--------------------------|------------------|
| <b>COMUNE DI MODUGNO</b> |                  |
| Prot. n.                 | <u>52148</u>     |
| <b>31 OTT. 2006</b>      |                  |
| Cat. _____               | Clas. _____      |
| Faso. _____              | Sottofaso. _____ |

|                                       |
|---------------------------------------|
| <b>Dott. <del>PIRANNO</del> LUIGI</b> |
| <b>SPECIALISTA IN PEDIATRIA</b>       |
| <b>Via X Marzo, 108/020 - MODUGNO</b> |
| <b>COD. REG. 1.4047.9</b>             |

**ASTENSIONE DAL LAVORO PER IL GENITORE**

R

Al Responsabile Ufficio Personale  
Comune di Modugno

S E D E

Modugno. 30/10/2006

Oggetto: congedo per la malattia del figlio - dichiarazione ai sensi dell'art. 47, D.P.R. 445/2000.

Il/La sottoscritto/a D'AMICO ROSA dipendente del Comune di Modugno ed in servizio presso ASILO NIDO COMUNALE dichiaro/a di aver fruito dal 30/10/2006 al 31/10/2006 di n° 2 giorno/i di congedo per malattia del/lla minore MAURELLI SABINO nato/a 13/11/2005 il 31/12/2005 di cui all'art. 17 comma 6 del CCNL 14 settembre 2000 e art. 47 D.Lgs. 151 del 26 marzo 2002.

Dichiaro/a, inoltre, che l'altro genitore non ha usufruito contemporaneamente, del medesimo beneficio concesso per lo stesso motivo.

Si trasmette, in allegato, la relativa certificazione medica.

Distinti saluti

|                          |                  |
|--------------------------|------------------|
| <b>COMUNE DI MODUGNO</b> |                  |
| Prot. n.                 | <u>52148</u>     |
| 31 OTT. 2006             |                  |
| Cat. _____               | Clas. _____      |
| Fasc. _____              | Sottofasc. _____ |

*[Firma]*

Al Responsabile Ufficio Personale  
Comune di Modugno

S E D E

Modugno. 25 / MAGGIO / 2006

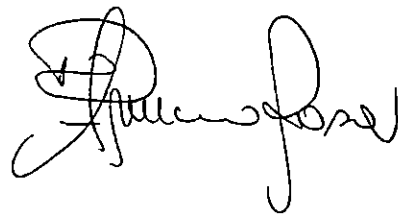
Oggetto: congedo per la malattia del figlio - dichiarazione ai sensi dell' art. 47, D.P.R. 445/2000.

Il/La sottoscritto/a D'AMICO ROSA dipendente del Comune di Modugno <sup>A TEMPO DETERMINATO</sup> in servizio presso ASILO NIDO COMUNALE dichiaro/a di aver fruito dal 24/05/2006 al 26/05/2006 di n° 3 giorno/i di congedo per malattia del/lla minore MAURELLI SABINO nato/a a BARA il 03/12/2005 di cui all'art. 17 comma 6 del CCNL 14 settembre 2000 e art. 47 D.Lgs. 151 del 26 marzo 2002.

Dichiaro/a, inoltre, che l'altro genitore non ha usufruito contemporaneamente, del medesimo beneficio concesso per lo stesso motivo.

Si trasmette, in allegato, la relativa certificazione medica.

Distinti saluti



# CERTIFICATO DI ASTENSIONE DAL LAVORO PER ASSISTERE IL FIGLIO MALATO

Il/la bambino/a

Cognome MAURELLI Nome SABINO

Nato/a a ..... il .....

Residente a .....

via .....

è affetto/a da .....

per questo

il/la signore/a DAMIES ROCA

necessita di 3 ..... giorni di astensione dal lavoro per accudire il/la figlio/a malato/a

|                          |                 |
|--------------------------|-----------------|
| <b>COMUNE DI MODUGNO</b> |                 |
| Prot. n. <u>27181</u>    |                 |
| <b>- 5 APR. 2006</b>     |                 |
| Cat. ....                | Cias. ....      |
| Fasc. ....               | Sottofasc. .... |

Modugno il 05/04/06  
chiuso 05/04/06

**Dott. FILANNINO LUIGI**  
SPECIALISTA IN PEDIATRIA  
Via X. Marzo 108/120 - MODUGNO  
COP. REG. TIMBRE DEL MEDICO



Regione Puglia  
AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA - CONSORZIALE POLICLINICO  
OSPEDALE PEDIATRICO GIOVANNI XXIII  
-----  
DIREZIONE SANITARIA



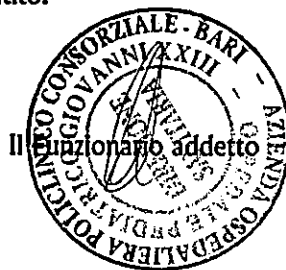
Prot. N. 149

Bari, 04/04/2006

Visti gli atti di Ufficio,

SI CERTIFICA

che il paziente MAURELLI SABINO  
di ANTONELLO e di D'AMICO ROSA  
nato il 03/12/2005 a BARI  
residente a MODUGNO in VIA B. BUOZZI n°18  
è stato ricoverato presso questo Ospedale dal 02/04/2006 al 04/04/2006 --.  
Si rilascia su richiesta di parte per uso consentito.



|                   |            |
|-------------------|------------|
| COMUNE DI MODUGNO |            |
| Prot. n.          | 7181       |
| - 5 APR. 2006     |            |
| Cat.              | Clas.      |
| Fasc.             | Sottofasc. |



## **CITTA' DI MODUGNO**

**(Città Metropolitana di Bari)**

### **SERVIZIO 6**

**Avvocatura - Contenzioso - Ufficio Personale**

**Modugno, 25/11/2024**

**Alla Dip. D'AMICO Rosa  
SEDE**

**Oggetto: Richiesta di ammissione ai permessi retribuiti ex art. 33, comma 3, Legge 104 del 1992 (aggiornata al D.lgs. n. 105 del 30 giugno 2022 e ss.mm.ii) - CONCESSIONE**

Si riscontra l'istanza pari oggetto, presentata in data 22 novembre 2024, acquisita al protocollo generale n° 55653 del 22/11/2024, con la quale la S.V. ha chiesto di fruire dei benefici previsti dall'art. 33 comma 3, della Legge 104/92 e ss.mm.ii. per assistere il proprio parente – madre, sig.ra SCIANCALEPORE Luisa nata a Bari (BA) il 12/10/1954 e residente a Modugno (BA) in Piazza Enrico De Nicola, n. 14 - codice fiscale: SCNLSU54R52A662I - **producendo la seguente documentazione e dichiarando quanto segue:**

- 1) Copia conforme del verbale relativo alla visita medica del 28/10/2024, rilasciata dalla Commissione Medica Centro Medico Legale INPS di BARI (BA), con la quale ha riconosciuto la sig.ra SCIANCALEPORE Luisa, affetta da handicap in situazione di gravità, ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92 e ss.mm.ii., attestante la situazione di gravità dell'handicap, accertata ai sensi del comma 1 dell'art. 4 della Legge 104/1992
- 2) Dichiarazione attestante che la persona con handicap grave non è ricoverata a tempo pieno presso Istituto di cura e/o specializzato, pubblico o privato o presso R.S.A. (Residenze Sanitarie Aziendali);
- 3) Che il portatore di handicap non è impegnato in attività lavorativa (Circolare Inps n. 64/2001);
- 4) di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno-morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;

- 5) di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile, giusto quanto previsto dalla circolare 13/2010 della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica- Legge 04.11.2010, n. 183, art. 24
- 6) di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione delle agevolazioni di che trattasi.

Pertanto, visto la regolare documentazione prodotta, **nulla osta alla concessione** dei benefici previsti, che consistono, per il personale a tempo pieno, in **tre giorni di permesso retribuito mensile**, alternativamente, da fruire in forma oraria, nel limite massimo di **18 ore mensili**.

Infine, onde evitare la compromissione del funzionamento dell'organizzazione all'interno della struttura a cui la S.V. appartiene, occorre che venga elaborato un piano per l'utilizzo degli eventuali permessi, con un congruo anticipo utilizzando esclusivamente la modulistica allegata alla presente.

Confidando nella consueta collaborazione, si porgono distinti saluti.



**IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO 6**  
**Avvocatura - Contenzioso - Ufficio Personale**  
**Avv. Cristina Carlucci**