



Prot. n. 46585

Albano Laz.

28 MAG. 2014

Allegati: 1_ **Modello M1_Agg.to Maggio 2014**
2_ **Fac-simile di dichiarazione sostitutiva di atto notorio**

Ai Direttori di UOC

Ai Dirigenti di UOSD/UOS

Ai Coordinatori del Personale

Agli Operatori degli Uffici Rilevazione Presenze

Ai Dipendenti dell'Azienda USL Roma H

LORO SEDI

OGGETTO: Circolare Dipartimento della Funzione Pubblica n. 2/2014 – Assenze per visite, terapie, prestazioni specialistiche ed esami diagnostici.

Con la circolare indicata in oggetto il Dipartimento della Funzione Pubblica ha fornito le direttive di competenza in ordine alla gestione delle assenze per visite, terapie, prestazioni specialistiche ed esami diagnostici, a seguito della riforma dell'art. 55-septies, comma 5-ter, del Decreto Legislativo 165/2001 operata dal Decreto legge n. 101 del 31 agosto 2013, convertito in Legge n. 125/2013.

A PERMESSI RETRIBUITI: In base alla normativa sopra citata, per l'effettuazione di visite, terapie, prestazioni specialistiche ed esami diagnostici il dipendente dovrà usufruire dei permessi per documentati motivi personali (pari a 18 ore annue), ovvero degli altri istituti previsti dalla vigente normativa (permessi brevi da recuperare, banca ore, etc.). A giustificazione dell'assenza richiesta per motivi personali, il dipendente dovrà presentare attestazione di presenza presso la struttura che ha erogato la prestazione, dalla quale dovrà risultare:

1. La qualifica e la sottoscrizione del soggetto che la redige;
2. l'indicazione del medico e/o della struttura presso cui si è svolta la visita o la prestazione;
3. il giorno;
4. l'orario di entrata e di uscita del dipendente dalla struttura sanitaria erogante la prestazione.

E' evidente che, salvo casi particolari in cui l'effettuazione delle prestazioni sanitarie, per il luogo e/o le modalità di svolgimento, inibisca la prestazione lavorativa per l'intera giornata, il dipendente potrà usufruire dei permessi orari sopra richiamati limitatamente all'orario attestato.

B MALATTIA: Qualora l'espletamento di visite specialistiche, l'effettuazione di terapie od esami diagnostici determinino la situazione di incapacità lavorativa, trovano applicazione le ordinarie regole sulla giustificazione dell'assenza per malattia: certificato medico anche "privato" se si tratta dei primi due eventi nell'anno ovvero certificato rilasciato da medico o struttura pubblica dopo il secondo evento di malattia nell'anno solare; in tale ipotesi restano valide anche tutte le norme relative alla comunicazione della malattia alla struttura di afferenza, alla comunicazione del periodo di assenza dal domicilio per effettuare la visita/prestazione sanitaria, alla possibilità di ricevere la visita fiscale e, pertanto, l'attestazione di presenza di cui al precedente punto A, va presentata solo a giustificazione della eventuale irreperibilità domiciliare al controllo medico legale.

C_MALATTIA PER EFFETTUARE CICLI DI TERAPIE: I dipendenti che, a causa delle patologie sofferte, debbano sottoporsi periodicamente a terapie comportanti incapacità al lavoro, potranno presentare un'unica certificazione medica (che per tali ipotesi potrà essere cartacea) che attesti la necessità di trattamenti sanitari ricorrenti, comportanti incapacità lavorativa, secondo cicli o un calendario stabilito dal medico curante.

Prima dell'inizio dei trattamenti, gli interessati dovranno comunicare la prevista assenza al Responsabile della Struttura di afferenza, al fine di consentire una adeguata programmazione dei turni di servizio, e fornire all'Amministrazione - Ufficio Rilevazione delle Presenze - sia la certificazione medica che il calendario previsto. A tale documentazione dovrà seguire attestazione di presenza, anche cumulativa, dalla quali risulti l'effettuazione delle terapie nelle singole giornate e l'indicazione che le stesse sono state somministrate nell'ambito del ciclo o calendario prescritto dal medico curante.

D_ATTESTAZIONE DI PRESENZA MEDIANTE PRESENTAZIONE DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO: Qualora sia effettuata presso strutture pubbliche, la visita/prestazione può essere documentata anche mediante dichiarazione sostitutiva di atto notorio, di cui si allega fac-simile, redatta ai sensi del combinato disposto degli artt. 47 e 38 del D.P.R. n. 445 del 2000. Rimane fermo in tal caso l'obbligo, da parte dell'Amministrazione, di attivare i necessari controlli ai sensi dell'art. 71 del citato decreto e di procedere, nel caso di dichiarazioni mendaci, alla segnalazione all'autorità giudiziaria penale ed all'accertamento della responsabilità disciplinare (art. 76 D.P.R. n. 445 del 2000).
(vedi nota (1)).

- o -

Si allega nuovo modello M1 che, dalla pubblicazione della presente, sostituisce quello in uso.

- o -

La presente circolare verrà pubblicata sul portale aziendale www.aslromah.it alla sezione "Circolari e ordini di servizio".

Il personale dipendente ne riceverà apposita informativa attraverso il link "Applicativi interni" - "Angolo del dipendente".

Distinti saluti.

Il Direttore
U.O.C. Gestione Risorse Umane
(Dr.ssa Anna Maria Segatori)

Il Direttore Sanitario
(Dott. Narciso Mostarda)

Il Direttore Amministrativo
(Dr.ssa Francesca Menli)

Il Direttore Generale
(Dott. Fabrizio d'Alba)

Nota (1): Poiché, in fase di prima applicazione, potrebbe risultare difficile per l'Amministrazione ottenere, in sede di controllo presso la struttura sanitaria che ha erogato la visita/prestazione, la conferma dei dati contenuti nella dichiarazione sostitutiva di atto notorio, si ritiene utile consigliare ai dipendenti, qualora non abbiano la certezza che quanto andranno ad autodichiarare possa essere successivamente puntualmente confermato dalla struttura medesima, di valutare la opportunità di continuare a richiedere "seduta stante" la consueta attestazione di presenza di cui al punto A, da presentare a documentazione dell'assenza fruita.



COMUNICAZIONE ASSENZA IMPREVISTA (tutti i campi sono obbligatori)

Il/La dipendente _____ matr. _____

in servizio presso _____ in qualità di _____

ha comunicato di non poter assumere servizio il giorno _____

nel turno: mattina pomeriggio notte

per il seguente motivo: MALATTIA ORDINARIA;

MALATTIA CHE ESCLUDE DECURTAZIONE STIPENDIALE
E OBBLIGO DI REPERIBILITA' ALLA VISITA FISCALE (v. nota 1)
(terapia salvavita in patologia grave, infortunio sul lavoro, malattia per
causa di servizio, patologia sottesa o connessa a invalidità riconosciuta).

Il/La dipendente medesimo/a ha comunicato inoltre:

1. Che durante la malattia sarà reperibile al seguente indirizzo:

Via/ _____

Città _____ cap _____ ASL _____

2. Che sarà assente dal proprio domicilio in data _____ dalle ore _____ alle ore _____

per il seguente motivo: _____

Ricevuto da _____ qualifica _____

il giorno _____ alle ore _____, dando atto che provvederà a consegnare
immediatamente la presente comunicazione al Responsabile della Struttura di afferenza del dipendente.

Firma di chi ha ricevuto la comunicazione _____

IL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA DI AFFERENZA DEL DIPENDENTE (Dirigente/Coordinatore),
avendo valutato la condotta complessiva del dipendente e gli oneri connessi all'effettuazione della visita, tenendo
conto della esigenza di contrastare e prevenire l'assenteismo, chiede:

di disporre

di non disporre

} **il controllo domiciliare del dipendente.**

Si da atto di trasmettere immediatamente, tramite fax, il presente modulo all'Ufficio Rilevazione delle Presenze di
afferenza.

Data, _____ Timbro e firma del Responsabile _____

L'UFFICIO RILEVAZIONE DELLE PRESENZE, prende atto della presente comunicazione e provvede:

a quanto richiesto dal Responsabile della struttura di afferenza del dipendente;

a richiedere il controllo domiciliare in quanto la malattia si è verificata a ridosso di giornate non lavorative;

a richiedere, a non richiedere il controllo domiciliare, per il seguente motivo: _____

nota 1: Affinché la presente comunicazione venga archiviata senza ulteriori provvedimenti, il dipendente dovrà
provvedere a far pervenire all'Ufficio Rilevazione delle Presenze, entro gg. 3 dall'inizio dell'assenza, idonea certificazione
medica comprovante quanto dichiarato. In caso contrario l'Ufficio medesimo procederà a richiedere la visita medica di
controllo domiciliare e l'assenza sarà imputata a malattia ordinaria.

Data, _____ Firma dell'Operatore Ril.Pres _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DA PRESENTARE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O AI GESTORI DI PUBBLICI SERVIZI.

Il/la sottoscritto/a _____
 (cognome) (nome)

nato a _____ (_____) il _____
 (luogo di nascita) (prov.) (data di nascita)

residente a _____ (_____)
 (luogo) (prov.)

in Via _____ n. _____
 (indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

Che lo stesso, in data _____ dalle ore _____ alle ore _____

Si è recato presso _____
 (denominazione della struttura sanitaria)

Sito in _____ (_____)
 (luogo) (prov.)

Via/..... n. _____
 (indirizzo)

Per sottoporsi a _____
 (specificare: visita/terapia/prestazione specialistica/esami diagnostici)

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Si allega documento di identità.

_____, _____
 (luogo) (data)

Il Dichiarante

.....

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e recapitata all'ufficio competente, personalmente, via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante.