



AZIENDA USL ROMA H

Borgo Garibaldi, 12 00041 Albano Laziale (Roma)

Tel. 06 93 27.1 Fax 06 93 27.38.66



U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE
U.O.S. TRATTAMENTO GIURIDICO DEL PERSONALE
Settore Rilevazione delle Presenze

Prot. N° 2342 Allegati N° _____

Albano Laz. 03.07.13

Ai Direttori di UOC
Ai Dirigenti di UOSD/UOS
Ai Coordinatori del personale
Agli Operatori Uffici Rilevazione delle Presenze
p.c. Ai Commissario Straordinario
Ai Direttore Sanitario Aziendale
Ai Direttore Amministrativo Aziendale

OGGETTO: Aggiornamento procedura richiesta visita domiciliare di controllo in caso di malattia.
Allegato nuovo Modello M1.

In allegato alla presente si trasmette il nuovo modello M1 "Comunicazione assenza imprevista" aggiornato alle disposizioni di cui all'art. 16 del D.L. n. 98/2011.

Tale modello prevede in capo al responsabile di afferenza il compito di disporre o meno il controllo domiciliare del dipendente assente per malattia ordinaria, previa valutazione della condotta complessiva del dipendente e tenuto conto degli eventuali oneri connessi all'effettuazione della visita fiscale.

Le visite fiscali continueranno ad essere disposte d'ufficio nel caso in cui l'assenza si verifichi a ridosso di giornate non lavorative (immediatamente prima o dopo giorno festivo, riposo settimanale o da turno, ferie o altra assenza dal servizio).

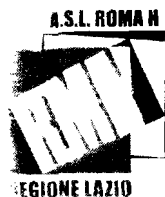
La presente comunicazione verrà pubblicata sul Portale aziendale alla Sezione "Circolari e ordini di servizio" nella Cartella "Invio telematico certificati di malattia"

Distinti saluti

IL DIRIGENTE U.O.S.
(Dott.ssa Paola Rabbia)

IL DIRETTORE U.O.C.
(Dott.ssa Anna Maria Segatori)

IL RESPONSABILE SETTORE
(Lidia Maggi)



AZIENDA USL ROMA H

Borgo Garibaldi, 12 00041 Albano Laziale (Roma)
Tel. 06 93 27 11 Fax 06 93 27 38 66



Mod. M1

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 seguente 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 che durante la malattia sarà reperibile presso il seguente indirizzo:

Via/ _____

Città _____ cap _____ ASL _____

Ricevuto da _____ qualifica _____

il giorno _____ alle ore _____ dando atto che **provvederà a consegnare tempestivamente la presente comunicazione al competente Responsabile di afferenza del dipendente (Dirigente o Coordinatore).**

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 dell'esigenza di contrastare e prevenire l'assenteismo, chiede:

di disporre
 di non disporre } **il controllo domiciliare del dipendente.**

Si dà atto di trasmettere immediatamente, tramite fax, il presente modulo al competente Ufficio Rilevazione delle Presenze.

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: ad archiviare la presente comunicazione senza ulteriori provvedimenti avendo ricevuto, entro gg. tre, idonea certificazione medica. (In caso contrario si dovrà procedere alla richiesta di visita medica di controllo domiciliare).

Data, _____ Firma dell'Operatore Rilpres _____