

Prot. N. 95405 Allegati 1Albano Laz., 16.11.15**A Tutti i dipendenti**

**OGGETTO:** Assenze dal servizio per visite, terapie, prestazioni specialistiche ed esami diagnostici.

Nel dare atto che, a seguito della comunicazione prot. n.333665 del 19/06/2015 con la quale la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria ha emanato le disposizioni conseguenti all'annullamento della circolare n. 2/2014 del Dipartimento della Funzione Pubblica da parte del TAR Lazio con sentenza n. 5714/2015, questa Amministrazione ha immediatamente ripristinato il riconoscimento per malattia delle assenze comunicate a tal titolo dai dipendenti per l'effettuazione di visite, terapie, prestazioni specialistiche ed esami diagnostici, si formalizza, con la presente, l'annullamento della circolare prot. n. 46585/2014 e si conferma quanto comunicato dalla UOC Gestione Risorse Umane con nota prot. 62372 del 3/7/2013 - compreso il Modello M1 ad essa allegato e nella cui versione viene pertanto ripristinato - già pubblicata sul portale aziendale nella Sezione "Circolari e ordini di servizio", nella Cartella "Invio telematico certificati di malattia".

Per completezza, si riporta di seguito il vigente comma 5-ter dell'art. 55-septies del D. Lgs. N. 165/2001 di riferimento per la gestione delle assenze per malattia in caso di effettuazione di visite, terapie, prestazioni specialistiche ed esami diagnostici:

*"Nel caso in cui l'assenza per malattia abbia luogo per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici il permesso è giustificato mediante la presentazione di attestazione, anche in ordine all'orario, rilasciata dal medico o dalla struttura, anche privati, che hanno svolto la visita o la prestazione o trasmessa da questi ultimi mediante posta elettronica".*

Si rammenta, infine, che nel caso in cui le assenze in questione siano inferiori o pari alla metà della durata dell'orario di lavoro giornaliero, il dipendente potrà fruire, a richiesta, oltre che dell'assenza per malattia, con la relativa decurtazione del trattamento economico accessorio, anche di un permesso a recupero o per motivi personali.

La presente, oltre ad essere inviata a tutti i dipendenti tramite posta elettronica aziendale, verrà pubblicata sul portale aziendale alla Sezione "Circolari e ordini di servizio", nella Cartella "Invio telematico certificati di malattia". Si chiede comunque ai Responsabili e Coordinatori del personale di assicurarne la massima diffusione nei modi che riterranno più opportuni.

IL DIRETTORE SANITARIO  
(Dott. Narciso Mostarda)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(Dott.ssa Francesca Merli)

IL DIRETTORE GENERALE  
(Dott. Fabrizio d'Alba)

IL DIRETTORE SOC. G.R.U.  
(Dott.ssa Anna Maria Segatori)

**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 previsto:**  mattina,  pomeriggio,  notte, **per il seguente motivo:** MALATTIA ORDINARIA;  MALATTIA PER VISITE, TERAPIE, PREST. SPEC.CHE, ESAMI DIAGN. MALATTIA CHE ESCLUDE DECURTAZIONE STIPENDIALE E OBBLIGO DI REPERIBILITA' DOMICILIARE (terapia salvavita in patologia grave, infortunio sul lavoro, malattia per causa di servizio, patologia sottesa o connessa a invalidità riconosciuta). (1) ALTRO \_\_\_\_\_

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 fiscale, tenendo conto dell'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 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 ovvero  avendo agli atti evidenza delle agevolazioni segnalate nell'attestato medico. (In caso contrario si dovrà procedere alla richiesta di visita medica di controllo domiciliare).

Data, \_\_\_\_\_ Firma dell'Operatore Rilpres \_\_\_\_\_