



REGIONE ABRUZZO
A.S.L. 1 AVEZZANO, SULMONA, L'AQUILA
sede legale Via G. Saragat, snc. Località Campo di Pile, 67100 L'Aquila
Codice Fiscale e Partita I.V.A. 01792410662

DIREZIONE GENERALE

Prot. n. 0225256

L'Aquila, li 04/11/19

Asl1_aslA00_1RP1
1/2 ORGANI DIREZIONE GENERALE
1/2 2 Atti di indirizzo dell'attività amministrativa e sanitaria

Trasmissione tramite Archiflow

**AL PERSONALE DIPENDENTE
DEL COMPARTO**
per il tramite dei Dirigenti delle
UU.OO. e Servizi di appartenenza
(mediante consegna a mano e firma per
ricevuta da parte dei dipendenti.
Copia conservata agli atti d'ufficio
dell'U.O. di appartenenza)
SEDE

Oggetto: CIRCOLARE IN MATERIA DI FERIE E RIPOSI SOLIDALI - ART. 34 CCNL DEL COMPARTO SANITA' 2016/2018.

Con riferimento all'oggetto, si comunica a tutto il personale dell'area del comparto che il rinnovo del CCNL 2016/2018 ha introdotto, all'art. 34, l'istituto delle ferie e riposi solidali.

Questa norma stabilisce che il dipendente, su base volontaria e a titolo gratuito, può cedere, in tutto o in parte, ad altro dipendente della stessa azienda o ente che abbia necessità di prestare assistenza a figli minori che necessitano di cure costanti per particolari condizioni di salute:

- a) le giornate di ferie che ha a disposizione e che eccedono le quattro settimane annuali (di cui deve fruire obbligatoriamente) e, precisamente, ciò che eccede i 20 giorni in caso di articolazione dell'orario di lavoro settimanale su cinque giorni e in 24 giorni in caso di articolazione dell'orario settimanale di lavoro su 6 giorni;
- b) le quattro giornate di riposo per le festività soppresse.

Al fine di poter fruire delle ferie solidali, nella misura massima di 30 giorni per ogni istanza, i dipendenti dell'area del comparto¹ del S.S.N. che si trovino nella necessità di assistere figli minori che abbiano bisogno di cure costanti per particolari condizioni di salute e che abbiano esaurito tutte le proprie ferie, festività soppresse, permessi retribuiti per particolari motivi personali/familiari e i riposi compensativi eventualmente maturati, possono presentare specifica richiesta (anche reiterabile) all'U.O.C. Personale, previa presentazione di adeguata certificazione comprovante lo stato di necessità delle cure in questione, rilasciata esclusivamente da idonea struttura sanitaria pubblica o convenzionata. La domanda di fruizione di ferie o riposi solidali deve essere trasmessa all'U.O.C. Personale attraverso la compilazione e la sottoscrizione del modulo allegato alla presente circolare (allegato 1), unitamente alla copia fotostatica del proprio documento di identità¹ in corso di validità, alla certificazione comprovante lo stato di necessità e dovrà essere presentata o trasmessa all'Ufficio Protocollo dell'Azienda

L'U.O.C. del Personale, ricevuta la richiesta, tramite avviso interno, rende nota l'esigenza a tutto il personale del comparto, garantendo l'anonimato del richiedente.

I dipendenti che intendano aderire, formalizzano per iscritto la propria decisione, entro dieci giorni dalla data di ricevimento della richiesta, indicando il numero di giorni di ferie o di riposo che intendono cedere. La comunicazione di cessione di giornate di ferie o riposi a fini solidaristici dovrà essere

¹ L'istituto delle "Ferie solidali", allo stato attuale, non risulta regolamentato a livello di contrattazione collettiva nazionale relativa alle aree della Dirigenza.

compilata secondo lo schema allegato (allegato 2), unitamente alla copia fotostatica del proprio documento di identità e dovrà essere presentata o trasmessa all'Ufficio Protocollo dell'Azienda.

La cessione di giornate di ferie o riposi a fini solidaristici non è soggetta ad alcuna forma di autorizzazione da parte del datore di lavoro, fatto salvo il rispetto delle condizioni e dei limiti stabiliti dal vigente CCNL e dalla presente circolare.

Nel caso in cui il numero dei giorni di ferie o di riposo offerti superi quello dei giorni richiesti, la cessione dei giorni verrà effettuata in misura proporzionale fra tutti i lavoratori offerenti.

Nel caso in cui il numero di giorni di ferie o di riposo offerti sia inferiore a quello dei giorni richiesti e le richieste siano plurime, le giornate cedute sono distribuite in maniera proporzionale tra tutti i richiedenti.

L' U.O.C. Personale, dopo aver esaminato le istanze e verificato il possesso dei requisiti necessari per la concessione di ferie o riposi per le festività sopresse, procederà alla redazione di specifico provvedimento di autorizzazione, informando gli Uffici Rilevazione Presenze per gli adempimenti consequenziali.

Una volta acquisite, le ferie e i giorni di riposo rimangono nella disponibilità del richiedente fino al perdurare delle necessità che hanno giustificato la cessione; qualora cessino le condizioni legittimanti è obbligo del dipendente informare tempestivamente l' U.O.C. Personale e i giorni non utilizzati tornano nella disponibilità degli offerenti, secondo un criterio di proporzionalità.

Per quanto non regolamentato dalla presente disposizione, si rinvia alla normativa di legge e contrattuale vigente.

La presente circolare è trasmessa a mezzo del sistema informativo in uso a tutte le strutture aziendali e pubblicata sul sito aziendale al fine di assicurarne una capillare diffusione e la piena conoscibilità da parte di tutto il personale interessato.

Distinti saluti

IL DIRETTORE UOC PERSONALE

Dr. Luigi Franciotti

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Roberto Testa

LF/EDA
GS/AL



REGIONE ABRUZZO
A.S.L. 1 AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA
 sede legale Via G. Saragat snc, Località Campo di Pile - 67100 L'Aquila
 Codice fiscale e Partita I.V.A. 01792410662

Prot. n. _____

U.O.C. PERSONALE

del _____

ISTANZA FRUIZIONE FERIE O RIPOSI PER FINI SOLIDARISTICI (ai sensi dell'art. 34 C.C.N.L. Comparto Sanità 2016/2018).

Il/La sottoscritto/a _____

matricola n. _____ qualifica _____

in servizio presso U.O. _____ sede _____

E-Mail _____ recapito telefonico _____

dipendente dell'azienda ASL1 con rapporto di lavoro:

- a tempo determinato
 a tempo indeterminato
 a tempo pieno
 a tempo parziale

CHIEDE

di poter fruire di n. _____ giorni di ferie/riposi solidali ai sensi dell'art. 34 C.C.N.L. del Comparto Sanità 2016/2018, e, a tal fine, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere o uso di atti falsi richiamati dall'art. 76 del D.P.R. n.445/2000,

DICHIARA

- che la presente richiesta è preordinata alla necessità di assistere il/la proprio/a figlio/a minore _____ nato/a a _____
 Il ____/____/_____, che abbisogna di cure costanti per particolari condizioni di salute;
- che le cure in questione verranno svolte presso la struttura/domicilio di seguito indicata
 _____ con sede in _____
 via _____ n. _____
 dal giorno ____/____/_____ al giorno ____/____/_____;
- che la necessità delle cure di cui trattasi è comprovata da adeguata certificazione rilasciata in data ____/____/_____ da _____
 che si allega alla presente istanza
- che il/la sottoscritto/a ha già fruito dei giorni di ferie, festività soppresse, dei permessi retribuiti per particolari motivi personale o familiari e dei riposi compensativi maturati al/alla medesimo/a spettanti.

Luogo e data _____

FIRMA _____

Si allega copia del documento di identità in corso di validità

Rif.to Circolare prot. n. _____ del _____



REGIONE ABRUZZO
A.S.L. 1 AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA
 sede legale Via G. Saragat snc, Località Campo di Pile - 67100 L'Aquila
 Codice fiscale e Partita I.V.A. 01792410662

Prot. n. _____
 del _____

U.O.C. PERSONALE

CESSIONE A TITOLO GRATUITO DI GIORNATE DI FERIE O RIPOSI PER FINI SOLIDARISTICHI (ai sensi dell'art. 34 C.C.N.L. Comparto Sanità 2016/2018).

Il/La sottoscritto/a _____

matricola n. _____ qualifica _____

in servizio presso U.O. _____ sede _____

E-Mail _____ recapito telefonico _____

dipendente dell'azienda ASL1 con rapporto di lavoro:

- a tempo determinato
- a tempo indeterminato
- a tempo pieno
- a tempo parziale

DICHIARA

di voler cedere a titolo gratuito e per finalità solidaristiche, ai sensi dell'art. 34 C.C.N.L. del Comparto Sanità 2016/2018, i giorni di ferie e/o di riposo per festività soppresse, nella misura di seguito indicata:

ISTITUTO	ANNO DI COMPETENZA	ANNO DI COMPETENZA
	_____	_____
FERIE	N. _____	N. _____
FESTIVITA' SOPPRESSE	N. _____	N. _____

Luogo e data _____

FIRMA

Si allega copia del documento di identità in corso di validità

Rif.to Circolare prot. n. _____ del _____