

ACCORDO INTEGRATIVO AZIENDALE SOTTOSCRITTO TRA LA DIREZIONE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANNA E LE RAPPRESENTANZE SINDACALI DEL COMPARTO IN ORDINE AL RICONOSCIMENTO DELL'ORARIO TEORICO INERENTE GLI ISTITUTI DELLA MALATTIA/INFORTUNIO, LEGGE 104/92, I PERMESSI RETRIBUITI DI CUI ALL'ART. 21 C.C.N.L. SANITA' PUBBLICA e s.m.i., PER IL PERSONALE CON CONTRATTO PART TIME VERTICALE.

Richiamato:

- ✓ quanto previsto dall'art. 23 - (Assenze per malattia) e dall'art. 24 - (Infortuni sul lavoro e malattie dovute a causa di servizio) del C.C.N.L. 01.09.1995;
- ✓ quanto previsto dall'art. 33 della Legge n. 104/1992 e dall'art. 42 del D.lgs. n. 151/2001 inerente il riconoscimento dei permessi retribuiti per diminuzione della capacità lavorativa o per assistenza ai disabili;

Considerato :

- ✓ che le assenze per malattia a qualsiasi titolo e per qualunque tipologia di rapporto di lavoro, quando debitamente certificate, non producono né debito né surplus di orario di lavoro;
- ✓ che le assenze per malattia coprono l'orario teorico di lavoro contrattualmente dovuto, nel giorno e/o nei giorni in cui si verifica l'assenza;

Preso atto :

- ✓ degli incontri tenutosi in data 17 marzo e 28 aprile 2014;

Le parti intendono condividere e sottoscrivere un accordo integrativo aziendale, inerente il riconoscimento dell'orario teorico al personale con part time verticale-turnista assente per malattia, infortunio o Legge 104/92, tramite il modulo "PER 12" (in allegato).

In ragione di quanto sopra, le parti condividono e stipulano quanto segue:

- che l'orario da considerare, per il lavoratore part-time verticale-turnista, per le assenze effettuate a titolo di malattia, infortunio o Legge 104/92 (in tal caso, per sopraggiunte necessità a modifica della programmazione mensile) è riferito al teorico dovuto contrattualmente (6 h oppure 7 h 12') nei giorni in cui risulta pianificata l'attività lavorativa, con esclusione dei giorni festivi (in caso di articolazione oraria su 6 giorni settimanali) nonché del sabato (in caso di articolazione oraria su 5 giorni settimanali).

Si dà atto che i permessi di cui all'art. 21 C.C.N.L. sono già disciplinati dai vigenti accordi aziendali vevolevi anche per il personale con rapporto di lavoro part time, come da modulistica già in uso.

Al fine della corretta applicazione di quanto sopra esposto, si riporta a titolo esemplificativo, ma non esaustivo, il seguente esempio:

- se un Lavoratore nell'articolazione della propria turnazione mensile, si assenta per malattia, infortunio, Legge 104/92, permessi retribuiti di cui al C.C.N.L. Sanità pubblica e contestualmente allo stesso viene richiesto di effettuare attività aggiuntiva (oltre il dovuto mensile), tale attività deve essere riconosciuta come lavoro straordinario (in tal caso sarà il lavoratore a decidere se recuperarlo o meno, con le modalità già vigenti in Azienda).

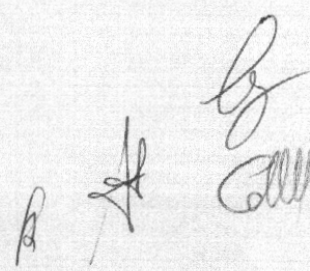
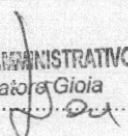
Le parti concordano una verifica sull'applicazione del presente accordo a sei mesi dalla sottoscrizione.

Letto, confermato e sottoscritto.

Per l'Amministrazione:

Il Direttore Amministrativo

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Salvatore Gioia



Il Direttore Sanitario

IL DIRETTORE SANITARIO
Dr. GIUSEPPE BRAZZOLI

Il Dirigente Responsabile U.O. Gestione Risorse Umane

Per la Rappresentanza Sindacale Unitaria dell'Azienda

Per le Segreterie Sindacali Territoriali

UIL FPL

FPOGL

CISL FF

FSI ADASS

NURSING UP

Como, 28 Aprile 2014

* NURSING UP fornire con note a verbale
in quanto non convalida modulo
allegato -

fr
fr

All'Ufficio Rilevazione Presenze/Assenze – Sede

**RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO ORARIO TEORICO
RISERVATA AL PERSONALE CON PART TIME VERTICALE - TURNISTA**

Il/La sottoscritt_ matricola nr.
in servizio presso l'U.O. del Presidio
con rapporto di lavoro **PART TIME VERTICALE** con articolazione:

N.: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ giorniSU 5 ☐ 6 ☐ settimanali.**CHIEDE**

Il riconoscimento dell'orario teorico per il giorno

oppure dal al

nel quale si è assentat_ improvvisamente per la seguente motivazione:

☐ MALATTIA* ☐ INFORTUNIO* ☐ PERMESSO EX LEGE 104/92 per sopraggiunta urgenza,
permesso non previsto nella programmazione mensile

*come da idonea certificazione medica acquisita agli atti dell'U.O. Gestione Risorse Umane

Data

Il Dipendente.....

In relazione alla suddetta richiesta si dichiara che la presenza del dipendente nei giorni sopra indicati era prevista:

- ☐ nella pianificazione della turnistica a preventivo **che si allega alla presente**
- ☐ nella programmazione della turnistica modificata dal Coordinatore per esigenze organizzative sopraggiunte nel corso del mese di riferimento, **che si allega alla presente**

data Il Responsabile di U.O./Staff (Timbro e Firma leggibile).....

Per il personale afferente alla D.A.P.S.:

data Il Coordinatore/RA (Timbro e Firma leggibile).....

NB: Il riconoscimento dell'orario non può riguardare la domenica e i giorni festivi infrasettimanali, nonché il sabato per il personale con articolazione oraria su 5 giorni settimanali**NOTE:**

- 1) l'istanza dovrà pervenire debitamente compilata in ogni sua parte;
- 2) sarà cura del Responsabile allegare la turnistica programmata ed inviarla entro il giorno in cui il cartellino del mese di riferimento viene reso definitivo e pertanto immodificabile.

