

REGIONE SICILIA
Azienda Ospedaliera
di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione
"GARIBALDI"
Catania

DELIBERAZIONE N. 807 del 10 SET. 2020

OGGETTO: N. Dip. 342 Collaboratore Professionale Sanitario, Infermiere di ruolo –Accoglimento modifica prestazione lavorativa del rapporto di lavoro part-time.

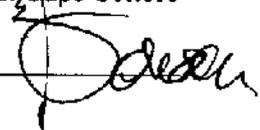
Proposta N° 435 del 08/09/2020

STRUTTURA PROPONENTE
(SETTORE GESTIONE RISORSE UMANE)

L'istruttore

Il Responsabile del Procedimento

Il Capo Settore



Registrazione Contabile

Budget Anno _____ Conto _____ Importo _____ Aut. _____

Budget Anno _____ Conto _____ Importo _____ Aut. _____

NULLA OSTA, in quanto conforme alle norme di contabilità

Il Dirigente Responsabile
Settore Economico Finanziario e Patrimoniale
(dott. Giovanni Luca Roccella)

Nei locali della sede legale dell'Azienda, Piazza S. Maria di Gesù n. 5, Catania,

il Direttore Generale, dott. Fabrizio De Nicola,

nominato con Decreto del Presidente della Regione Siciliana n. 196 del 04.04.2019

con l'assistenza del Segretario, dott. _____ ha adottato la seguente deliberazione

Dott.ssa Maria Antonietta Li Calzi

Il Responsabile del Settore Gestione Risorse Umane

Premesso che con deliberazione n. 531 del 04/09/2015 è stata accolta la richiesta della dipendente N. Dip. 342 nata il 20/05/1972, Collaboratore Professionale Sanitario, Infermiere di ruolo, di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, di tipo verticale, con prestazione lavorativa al 66,67% da effettuarsi in tre giorni la settimana e specificatamente: giovedì dalle ore 07.00 alle ore 14.00, venerdì dalle ore 14.00 alle ore 21.00 e sabato dalle ore 21.00 alle ore 07.00, per complessive 24 ore settimanali;

Vista l'istanza presentata in data 03/09/2020, acquisita al protocollo n. 6411/RU del 07/09/2020, con in calce il visto favorevole del Direttore dell'U.O.C. di Otorinolaringoiatria, con la quale la stessa chiede la modifica dell'articolazione lavorativa del rapporto di lavoro a tempo parziale di tipo verticale a rapporto di lavoro parziale di tipo misto con prestazione lavorativa da effettuare in quattro giorni la settimana e specificatamente dal martedì al venerdì dalle ore 7.30 alle ore 13.30, anziché in tre giorni la settimana giovedì dalle ore 07.00 alle ore 14.00, venerdì dalle ore 14.00 alle ore 21.00 e sabato dalle ore 21.00 alle ore 07.00, per complessive 24 ore settimanali, pari al 66,67%;

Ritenuto, pertanto, potersi accogliere la superiore istanza di modifica dell'articolazione lavorativa del rapporto di lavoro a tempo parziale di tipo misto con prestazione lavorativa da effettuare dal martedì al venerdì dalle ore 7.30 alle ore 13.30, anziché in tre giorni la settimana, per complessive 24 ore settimanali, pari al 66,67%;

Attesa l'urgenza e l'improcrastinabilità dell'adozione del presente atto, stante la necessità di irrogare la sanzione;

Attestata la legittimità formale e sostanziale dell'odierna proposta e la sua conformità alla normativa disciplinante la materia trattata, ivi compreso il rispetto della disciplina di cui alla L. 190/2012

Propone

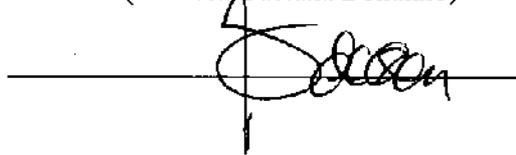
Per le motivazioni descritte in narrativa, che qui si intendono integralmente riportate e trascritte

Disporre di:

Accogliere l'istanza di modifica dell'articolazione lavorativa del rapporto di lavoro a tempo parziale di tipo misto con prestazione lavorativa da effettuare dal martedì al venerdì dalle ore 7.30 alle ore 13.30, anziché in tre giorni la settimana giovedì dalle ore 07.00 alle ore 14.00, venerdì dalle ore 14.00 alle ore 21.00 e sabato dalle ore 21.00 alle ore 07.00, per complessive 24 ore settimanali, pari al 66,67% della dipendente N. Dip. 342, Collaboratore Professionale Sanitario, Infermiere di ruolo, secondo le modalità richieste dalla dipendente e comunque nel rispetto di ogni disposizione vigente in materia.

Il Responsabile del Settore Gestione Risorse Umane

(Dott.ssa Gaetana Bonanno)



IL DIRETTORE GENERALE

Preso atto della proposta di deliberazione, che qui si intende riportata e trascritta, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Preso atto della attestazione di legittimità e di conformità alla normativa disciplinante la materia espressa dal dirigente che propone la presente deliberazione;

Sentito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario Aziendale

D E L I B E R A

di approvare la superiore proposta per come formulata dal Dirigente Responsabile della struttura proponente e, pertanto, disporre di:

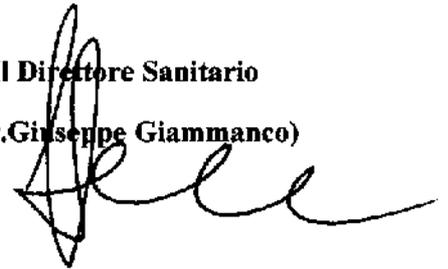
Accogliere l'istanza di modifica dell'articolazione lavorativa del rapporto di lavoro a tempo parziale di tipo misto con prestazione lavorativa da effettuare dal martedì al venerdì dalle ore 7.30 alle ore 13.30, anziché in tre giorni la settimana giovedì dalle ore 07.00 alle ore 14.00, venerdì dalle ore 14.00 alle ore 21.00 e sabato dalle ore 21.00 alle ore 07.00, per complessive 24 ore settimanali pari al 66,67% della dipendente N. Dip. 342, Collaboratore Professionale Sanitario, Infermiere di ruolo, secondo le modalità richieste dalla dipendente e comunque nel rispetto di ogni disposizione vigente in materia.

Munire la presente delibera della clausola di immediata esecutività.

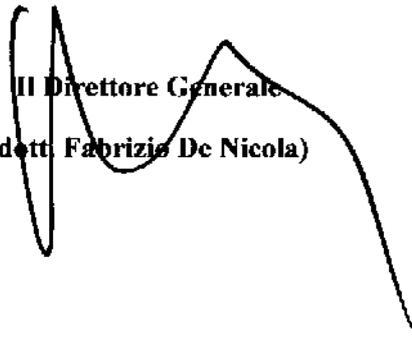
Il Direttore Amministrativo
(dott. Giovanni Annino)



Il Direttore Sanitario
(dr. Giuseppe Giammanco)



Il Direttore Generale
(dott. Fabrizio De Nicola)



Il Segretario
Dott.ssa Maria Antonietta Li Calci



Copia della presente deliberazione è stata pubblicata all'Albo dell'Azienda il giorno

_____ e ritirata il giorno _____

L'addetto alla pubblicazione

Si attesta che la presente deliberazione è stata pubblicata all'Albo della Azienda dal _____
al _____ - ai sensi dell'art. 65 L.R. n. 25/93, così come sostituito dall'art. 53 L.R. n.
30/93 - e contro la stessa non è stata prodotta opposizione.

Catania _____

Il Direttore Amministrativo

Inviata all'Assessorato Regionale della Salute il _____ Prot. n. _____

Notificata al Collegio Sindacale il _____ Prot. n. _____

La presente deliberazione è esecutiva:

- immediatamente
- perché sono decorsi 10 giorni dalla data di pubblicazione
- a seguito del controllo preventivo effettuato dall'Assessorato Regionale per la Sanità:
 - a. nota di approvazione prot. n. _____ del _____
 - b. per decorrenza del termine

IL FUNZIONARIO RESPONSABILE
