LA PRESENTE E-MAIL SOSTITUISCE L'ATTO ORIGINALE AI SENSI DELL'ART. 43 DEL D.P.R. N. 445/2000

Firenze, 15 MAG 2018

Ministero

dei beni e delle attività culturali e del turismo

Segretariato regionale del Ministero dei beni e delle attività culturali e del turismo per la Toscana

A tutti gli Istituti MIBACT della Toscana
e-mail

Prot. n. 5530 *Allegati* ____
Classifica: 16.19.07/16

Risposta al foglio del _____
Div. ____ *Sez.* ____ *n.* _____

COMUNICATO N. ..4... DEL .....15 MAG 2018

OGGETTO: Artt. 32 e 35 CCNL Funzioni Centrali 2016-2018 – Modelli per le domande di Permesso retribuito per particolari motivi personali o familiari e di Permesso orario per visite, terapie, prestazioni specialistiche o esami diagnostici –

Alle OO.SS.
e-mail

e p.c. Al MIBACT
DG Organizzazione
Serv. III
e-mail

A seguito della riunione sindacale del 04.05.2018 e del confronto con la RSU e le OO.SS regolarmente convocate e presenti, questo Segretariato ha definito i nuovi modelli relativi alle due tipologie di permesso in oggetto, previsti dal CCNL Funzioni Centrali entrato in vigore il 13.02.2018.

Per il modello di permesso ex art. 32 CCNL Funzioni Centrali, l'interpretazione di questo Segretariato, salvo diversa successiva indicazione ministeriale che dovesse seguire al quesito già proposto, è che il permesso è fruibile per almeno 60 minuti, mentre dopo i primi 60 minuti è fruibile anche a frazione minore dell'ora (ad esempio non è fruibile per soli 45 minuti mentre è corretto il permesso per 1 ora e 45 minuti).

Ogni Capo di Istituto ha autonomia decisionale interpretativa, di cui si assume la responsabilità, senza che l'indicazione qui riportata sia da considerare cogente, essendo solo orientativa.

Per il modello di permesso ex art. 35 CCNL Funzioni Centrali si precisa che riguarda il permesso regolamentato ai commi 1-10, mentre sono casi particolari, regolati in modo diverso, quelli dei commi 11, 12 e 14 per i quali è necessario seguire la procedura ivi specificata.

Inoltre si precisa che nel caso di fruizione su base giornaliera, il trattamento economico accessorio del lavoratore è sottoposto alla medesima decurtazione prevista dalla vigente legislazione per i primi 10 giorni di ogni periodo di assenza per malattia.

IL SEGRETARIO REGIONALE
dott.ssa Giorgia Muratori

FG/tc

Ministero dei beni e delle attività culturali e del turismo
Via dei Castellani, 3
Ufficio Firenze V.R. Casella Postale 136 - 50123 Firenze
Cent. 055 27189750 - email: sr-tos@beniculturali.it - PEC: mbac-sr-tos@mailcert.beniculturali.it

Al Segretario Regionale per la Toscana
S E D E

DOMANDA DI PERMESSO RETRIBUITO PER PARTICOLARI MOTIVI PERSONALI O FAMILIARI (ART. 32 CCNL 2016-2018) MASSIMO 18 ORE ANNUE

Il/La Signor/a_____ chiede un

permesso per i seguenti particolari motivi personali o familiari:

_____

☐ dalle ore _____ alle ore _____ Tot _____

del _____ (non sono fruibili permessi per frazione di ora)

☐ il giorno _____
(intera giornata lavorativa, convenzionalmente equiparata a 6 ore di permesso, art. 32 comma 2 lett. e)

Firenze, _____

Firma _____

VISTO IL FUNZIONARIO

_____

SI AUTORIZZA
IL SEGRETARIO REGIONALE
dott.ssa Giorgia Muratori

Al Segretario Regionale per la Toscana
SEDE

DOMANDA DI PERMESSO ORARIO PER VISITE, TERAPIE, PRESTAZIONI SPECIALISTICHE O ESAMI DIAGNOSTICI (ART. 35 CCNL 2016-2018)

Il/la signor/a _____ chiede

un permesso per visita, terapia, prestazione specialistica ed esami diagnostici

☐ Il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

☐ Il giorno _____ per l'intera giornata lavorativa (purchè la visita, terapia, prestazione specialistica o esame diagnostico, compreso il tragitto di percorso da e per la sede di lavoro copra l'intera giornata di lavoro)

Si impegna a presentare all'ufficio del personale del Segretariato l'attestazione di presenza alla visita, terapia, prestazione specialistica o esami diagnostici redatta dal medico o dalla struttura, con l'indicazione dell'orario di espletamento. All'orario di espletamento, ai fini della durata del permesso, si aggiunge un ragionevole lasso di tempo per i tempi di percorrenza da e per la sede di lavoro. In alternativa, l'attestazione può essere trasmessa direttamente al Segretariato regionale, anche per via telematica, a cura del medico o della struttura, e sarà allegata alla presente richiesta.

Firma_____

Firenze, _____

VISTO
SI AUTORIZZA

Il Segretario Regionale
dott.ssa Giorgia Muratori