

Inviata per competenza

al Settore: _____

N. di

prot. _32_ del ___08/02/2017___



COMUNE DI ALCAMO
LIBERO CONSORZIO COMUNALE DI TRAPANI

2° SETTORE AFFARI GENERALI E RISORSE UMANE

SERVIZIO PERSONALE

DETERMINAZIONE DEL DIRIGENTE

N. _____ 193 ___ DEL ___ 10/02/2017 _____

OGGETTO: Assenze per malattia (day- hospital,ricovero,malattia post-intervento e terapia salvavita) del personale a tempo indeterminato ad orario pieno e a tempo indeterminato ad orario ridotto (AGOSTO – DICEMBRE 2016)

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Il sottoscritto Segretario Generale attesta che copia della presente determinazione è stata posta in pubblicazione all'Albo Pretorio nonché sul sito web www.comune.alcamo.tp.it di questo Comune in data _____ e vi resterà per gg. 15 consecutivi.

Alcamo, li _____

Il Segretario Generale
f.to Dr. Vito Antonio BONANNO

IL DIRIGENTE DI SETTORE

Viste le note dei dipendenti a tempo indeterminato, inseriti nel prospetto che si allega, con le quali comunicano le assenze dal servizio per **day - hospital, ricovero , post-ricovero e post-intervento, terapia salvavita etc.**, per i giorni a fianco di ciascuno indicato;

Accertato la regolarità della documentazione;

Vista il Decreto Legislativo 267/2000;

Visto il Decreto Legislativo 165/2001;

Vista la Legge n. 133/08;

Visto l' art. 21 del C.C.N.L. del 06/07/1995;

Visti i C.C.N.L. vigenti;

D E T E R M I N A

per i motivi espressi in premessa:

- Di prendere atto delle assenze per **day - hospital, ricovero , post-ricovero e post-intervento, terapia salvavita etc.**, dei dipendenti a tempo indeterminato elencati nel prospetto che si allega, per i giorni a fianco di ciascuno indicato;
- Di corrispondere ai predetti dipendenti, durante l'assenza per permesso il trattamento economico previsto dall'art. 21 del C.C.N.L. del 06/07/1995 e successive modifiche ed integrazioni .

La presente determinazione, esecutiva dopo l'inserimento nella prescritta raccolta, verrà pubblicata all'Albo pretorio e sul sito web del Comune di Alcamo.

Responsabile del Procedimento
f.to Sig.ra Vincenza A.M. Termine

IL FUNZIONARIO RESPONSABILE ISTR. DIRETTIVO
f.to **Rag. Giovanni DARA**