

**CITTÀ DI MOLFETTA**

**Provincia di Bari**

**SETTORE AFFARI GENERALI**

**U.O. AMMINISTRAZIONE E FORMAZIONE PERSONALE**

COPIA DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

ISCRITTA al n. 86 del Registro delle Determinazioni DD.

ASSUNTA in data 08/05/2007.

NUMERO GEN. 525

OGGETTO : **P.A. Verbale AB n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ della Commissione Medica Ospedaliera dell'Ospedale Militare di Bari per visita effettuata al Sig. ...omissis..., "...omissis..." (Cat. C).  
Richiesta liquidazione equo indennizzo.  
Acquisizione parere del Comitato di verifica per le cause di servizio di Roma.**

**D.to Lgs. 18/08/2000, n. 267**

## IL DIRIGENTE

Premesso che il Sig. ...omissis..., nato a Molfetta il ...omissis..., dipendente comunale a tempo indeterminato con profilo professionale di "...omissis..." (Cat. C), è stato sottoposto, a seguito di sua istanza datata 6/09/1999, a visita medico-collegiale presso il competente Ospedale Militare "L. Bonomo" di Bari, ai fini del riconoscimento della dipendenza di infermità da causa di servizio e liquidazione dell'equo indennizzo secondo la normativa vigente in materia;

Visto il verbale AB - n. .... del ....., in atti, con il quale la predetta Commissione Medica ha dichiarato il Sig. ...omissis...: SI idoneo al servizio alle attuali mansioni e che ai fini dell'equo indennizzo le infermità: la 1) alla tab. B (+) MAX, la 2) GIA' alla 8^ ctg. tab. A (+) MAX, la 3) e 4) (quale unico complesso morboso) GIA' alla tab. B (+) MAX, la 5) GIA' alla tab. B (-) MIN, per cumulo alla 8^ ctg. tab. A (+) MAX (D.P.R. 834/81);

Ritenuto di prendere atto del suddetto verbale e di dare atto, sulla scorta del rapporto informativo di cui alla nota a firma del .... omissis..., relativo al servizio svolto dal Sig. ...omissis..., che lo stesso ha sempre svolto, fin dalla data di assunzione (1/12/1981) al 1990 le mansioni di ...omissis... Dal 1990 ad oggi svolge mansioni di controllo della tutela dell'ambiente e protezione civile con interventi giornalieri esterni;

Vista la richiesta di liquidazione dell'equo indennizzo presentata dal sunnominato Sig. ...omissis... contestualmente all'istanza del 6/09/1999 di riconoscimento di infermità da causa di servizio;

Visto l'art. 7 del D.P.R. n. 461 del 29/10/2001, in base al quale l'Ente, all'atto della ricezione del verbale della Commissione Medica Ospedaliera invia al Comitato di verifica per le cause di servizio di Roma al fine di acquisirne il prescritto parere, oltre al verbale stesso, una relazione nella quale sono riassunti gli elementi informativi disponibili relativi al nesso causale tra l'infermità o lesione e l'attività di servizio, nonché l'eventuale documentazione sanitaria prodotta dall'interessato;

Ritenuto, pertanto, di trasmettere al succitato Comitato il presente provvedimento in uno alla copia autentica del summenzionato verbale della Commissione Medica Ospedaliera, alla relazione e alla documentazione sanitaria prodotta dal dipendente interessato;

Ritenuto, altresì, di accogliere la richiesta del Sig. ...omissis... in ordine alla liquidazione dell'equo indennizzo secondo il verbale medico succitato, fatta salva l'acquisizione del parere del Comitato di verifica per le cause di servizio di Roma in merito alla dipendenza da causa di servizio della infermità denunciata dal dipendente in oggetto, ai sensi dell'art. 11 del D.P.R. n. 461/2001;

Accertata la competenza all'adozione del presente provvedimento ai sensi dell'art. 107 del D.to Lgs. n. 267/2000;

Visto il D.P.R. 29/10/2001, n. 461;

Visto il vigente Statuto comunale;  
Visto il T.U. Enti Locali approvato con D.to Lgs. 18/08/2000, n. 267;

## **D E T E R M I N A**

Per quanto espresso in narrativa:

1. Prendere atto del verbale AB n. ... del ..... della Commissione Medica Ospedaliera dell'Ospedale Militare "L. Bonomo" di Bari, in atti, afferente l'esito degli accertamenti sanitari nei confronti del Sig. ...omissis..., dipendente comunale a tempo indeterminato con profilo professionale di "...omissis...." (Cat. C).
2. Riconoscere le dipendenze delle infermità indicate dall'interessato da causa di servizio con ascrivibilità delle stesse: la 1) alla tab. B (+) MAX, la 2) GIA' alla 8^ ctg. tab. A (+) MAX, la 3) e 4) (quale unico complesso morboso) GIA' alla tab. B (+) MAX, la 5) GIA' alla tab. B (-) MIN, per cumulo alla 8^ ctg. tab. A (+) MAX (D.P.R. 834/81) solo a seguito di parere espresso dal Comitato di verifica per le cause di servizio di Roma.
3. Prendere atto della richiesta formulata dall'interessato per la liquidazione dell'equo indennizzo, che sarà quantificato con successivo e separato provvedimento ad avvenuta acquisizione del parere del Comitato di verifica per le cause di servizio di Roma, ai sensi dell'art. 11 del citato D.P.R. n. 461/2001.
4. Trasmettere, ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 del D.P.R. 29/10/2001, n. 461, i sottoindicati atti al Comitato di verifica per le cause di servizio di Roma per il prescritto parere di competenza:
  - copia autentica dell'istanza dell'interessato;
  - documentazione sanitaria prodotta dall'interessato a corredo della domanda;
  - relazione riassuntiva degli elementi informativi disponibili;
  - copia autentica del verbale della Commissione Medica Ospedaliera;
  - copia conforme del presente atto.
5. Riservarsi di dar corso alla quantificazione della somma dovuta a titolo di equo indennizzo a favore del Sig. ...omissis... con successivo, separato provvedimento, ad avvenuta acquisizione del prescritto parere del Comitato di verifica.
6. Precisare che con il presente provvedimento non viene assunto alcun impegno di spesa, per cui lo stesso non è soggetto al visto di regolarità contabile di cui all'art. 151 - comma 4 - del D.to Lgs. n. 267/2000.
7. Inviare copia del presente provvedimento al Sindaco, all'Assessore alle Risorse Umane, all'Assessore alle Finanze, al Segretario Generale, nonché al Dirigente del Settore Economico-Finanziario e all'U.O. Amministrazione e Formazione Personale, per quanto di rispettiva competenza.
8. Nominare responsabile del procedimento amministrativo la Sig.ra Montano Filomena dell'U.O. Amministrazione e Formazione del Personale.

IL DIRIGENTE  
F.to Dott. De Michele Vincenzo

---

**P U B B L I C A Z I O N E**

PUBBLICATO ALL'ALBO PRETORIO DI MOLFETTA PER 15 GIORNI CONSECUTIVI  
DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

Copia conforme per uso amministrativo.

IL SEGRETARIO GENERALE

---

Per l'esecuzione :

AL \_\_\_\_\_

AL \_\_\_\_\_

AL \_\_\_\_\_

AL \_\_\_\_\_

SEDE