



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE  
"A. OMODEO – L.V. BEETHOVEN"  
Scisciano - San Vitelliano

I.C. - "OMODEO - BEETHOVEN"-SCISCIANO  
Prot. 0006268 del 25/08/2023  
VII (Uscita)

**AL PERSONALE DOCENTE ED ATA**

**Oggetto: Fruizioni permessi di cui alla LEGGE 104/92 -Anno Scolastico 2023/24-**

Alla luce delle disposizioni normative (Legge 183/2010 e relative Circolari attuative INPS), ed al fine di rendere compatibili le richieste di permessi di cui all'oggetto con le esigenze organizzative - didattiche dell'istituzione scolastica, si forniscono le seguenti direttive:

**Conferma dell'istanza presentata nell'a. s. precedente come da prassi**

Ogni dipendente è tenuto, secondo le modalità di cui agli art.75 e76 del DPR 445/2000 , a produrre autocertificazione sulla permanenza delle condizioni di fruizione dei permessi di cui all'art. 33, commi 3 o 6, della Legge 104/92 relative all'a. s. precedente. L'autocertificazione può essere presentata secondo il modello **All. 1 a cui va accluso (pena mancata emissione del decreto di riconoscimento), in copia conforme all'originale, il verbale della Commissione medica attestante lo stato di 'disabilità grave' sia dell'assistito che del diretto Interessato (104/92 personale )**.

**Prima istanza**

La richiesta di riconoscimento dei benefici di cui alla Legge 104/92 va inoltrata all'istituto di titolarità, che provvederà all'emissione del relativo decreto autorizzativo. La medesima richiesta, per conoscenza, va inoltrata anche all'eventuale istituto di completamento a cui deve essere consegnato successivamente il decreto di riconoscimento dei benefici della Legge 104/92. La richiesta può essere presentata secondo il modello **Allegato 2 ,Allegato 2 Bis(personale)**

**Questa dirigenza, in entrambe le ipotesi di cui sopra, e nei termini previsti dalla normativa vigente, provvederà ad emettere apposito DECRETO valevole per l' a. s. in corso. Fino a tale momento, non potranno essere concessi i suddetti permessi.**

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

Dott.ssa Rosanna Lembo



Firma autografa sostituita a  
mezzo stampa ai sensi dell'art. 3  
comma 2 del D.L. 39/93

**ALLEGATO A1- AUTOCERTIFICAZIONE (per riconferma)  
Per Docenti ed A.T.A. a. s. 2023-2024.**

Il/la sottoscritto/a .....

nato/a .....(prov.....) il.....

residente a ..... (prov.....)

via/piazza..... n° .....

°in servizio in qualità di docente a tempo deter/indeterminato, presso codesto Istituto

disciplina.....classe di concorso.....,

°in servizio presso codesto istituto in qualità di personale ata : C.S./A.A. a tempo deter../indeter...

consapevole delle responsabilità civili cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, come integrato dall'art. 15 della legge n. 3 del 16.01.2003 e modificato dall'art.15 della legge 12 novembre 2011, n. 183)

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità ,la permanenza delle condizioni di fruizione dei permessi di cui all'art.33 commi 3 e 6 della legge 104/92 relative all'anno scolastico precedente. A tal fine si acclude ,in copia conforme all'originale,il verbale della Commissione Medica attestante lo stato di disabilita' grave sia dell'Assistito che del diretto Interessato (104/92 personale).

IL DOCENTE .....

IL PERSONALE ATA \_\_\_\_\_

ALLEGATO 2

Al Dirigente Scolastico Istituto Comprensivo "Omodeo Beethoven" di Scisciano(NA)

**OGGETTO: Legge 104/1992 art. 33 comma 3 (assistenza al parente con disabilità grave)**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat a \_\_\_\_\_ prov. ( )  
il \_\_\_\_\_, qualifica \_\_\_\_\_  
tempo determinato indeterminato

**CHIEDE**

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33 -comma 3 - della legge 104/1992 per assistere il/la sig. \_\_\_\_\_  
(coniuge figlio madre padre / \_\_\_\_\_)  
nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il//\_e residente a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Il/L sottoscritt, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n.445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia,

**DICHIARA che:**

- nessun altro familiare beneficia dei permessi o dei riposi per la stessa persona con disabilità grave**
- altro familiare beneficia dei permessi per la stessa persona con disabilità'**

di essere anche l'unico figlio che ha chiesto di fruire per l'intero anno scolastico in cui presenta la domanda di mobilità, dei 3 giorni di permesso retribuito mensile per l'assistenza ovvero del congedo straordinario ex art. 42 comma 5 del D.L.vo n. 151/2001.

(eventuale) l'altro genitore sig. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
non dipendente / dipendente presso \_\_\_\_\_

beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al/alla sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;

di essere l'unico figlio/a convivente con il genitore disabile.

che il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno;

• è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico- a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;

• è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano per l'effettiva tutela dei disabili;

• si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso).

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma

**Allegati:**

- copia del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art.3 -comma 3- della Legge 104/1992;**
- fotocopia carta di identità e codice fiscale propria e della persona in situazione di disabilità grave;**
- dichiarazioni del disabile e/o dei parenti corredate da documenti di riconoscimento(\*)**

DICHIARAZIONE DEI PARENTI DEL SOGGETTO DISABILE

documentata impossibilità del coniuge/parente di provvedere all'assistenza per motivi oggettivi ai sensi dell'art. 7 CCNI concernente la mobilità del personale docente, educativo ed A.T.A.

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_ -prov. \_\_\_\_\_ - Via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76

del D.P.R. n.445/2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso atti falsi

**DICHIARA**

di essere parente di \_\_\_\_\_ grado del richiedente in quanto

;

di non potere assistere il proprio coniuge parente per i seguenti motivi oggettivi:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*N.B.*

*L'autodichiarazione rilasciata dagli altri figli non è necessaria laddove il figlio richiedente la precedenza in qualità di referente unico, sia anche l'unico figlio convivente con il genitore disabile. Tale situazione di convivenza deve essere documentata dall'interessato con dichiarazione personale sotto la propria responsabilità, redatta ai sensi delle disposizioni contenute nel D.P.R. 28.12.2000, n. 445, così come modificato ed integrato dall'art. 15, della legge 16 gennaio 2003, n.*

*3 e dall'art. 15 comma 1 della L. 183/2011*

**FIRMA**

\_\_\_\_\_

Al Dirigente Scolastico Istituto Comprensivo  
"Omodeo\_Beethoven" di Scisciano(NA)

## ALLEGATO 2 BIS

**Oggetto:** richiesta concessione dei benefici di cui alla Legge 1992, n. 104 co.  
6 (PERSONALE)

\_\_\_/\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_  
prov. (\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ C.a.p. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, telefono 1 \_\_\_\_\_

telefono 2 \_\_\_\_\_, in servizio presso la suindicata Istituzione Scolastica in  
qualità di \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

di usufruire dei permessi mensili art. 33 co. 6 Legge 05 febbraio 1992, n° 104 per se stess\_\_.

**A tal fine si acclude ,in copia conforme all'originale,il verbale della Commissione Medica  
attestante lo stato di disabilita' grave personale:**

### **DICHIARA altresì'**

- 1) di impegnarsi a rendere noto tempestivamente all'Amministrazione, qualsiasi variazione che comporti il venir meno dei requisiti richiesti per poter usufruire dei benefici della citata legge;
- 2) di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art. 11 della D.Lgs. n. 196/03, i dati dichiarati saranno trattati esclusivamente per finalità inerenti alla gestione del rapporto di lavoro, dandone a tal fine il proprio consenso al trattamento ove assumano la connotazione di dati sensibili.

SCISCIANO.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Dott.ssa Rosanna Lembo