



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



I.C. - "OMODEO - BEETHOVEN"-SCISCIANO
Prot. 0008090 del 30/08/2024
VII-4 (Uscita)

AL PERSONALE DOCENTE ED ATA AL SITO WEB DELL'ISTITUTO

Oggetto: Fruizione permessi di cui alla Legge 104/92 – a.s. 2024/25

Alla luce delle disposizioni normative di cui alla Legge 183/2010 e alle circolari attuative INPS e per rendere compatibili tutte le richieste di permessi di cui all'oggetto con le esigenze organizzativo-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 e sue modifiche e integrazioni, 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. A1** 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 (L. 104/92 personale).

Prima istanza

La richiesta di riconoscimento dei benefici di cui alla Legge 104/92 va inoltrata al Dirigente Scolastico dell'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 **ALL.2 e ALL. 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'anno scolastico in corso. Fino a tale momento non potranno essere concessi i suddetti permessi.

Perdita, eventuale, del beneficio della Legge 104/92

Ogni dipendente deve comunicare con tempestività alla dirigenza scolastica ogni eventuale variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni

Si invita il personale interessato a tali permessi alla compilazione del questionario allegato "Rilevazione permessi legge 104/92 - PerlaPA (Sistema integrato per la PA).

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
dott.ssa Rosanna Lembo

Il documento è firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. 82/2005 s.m.i. e norme collegate e sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa

ALLEGATO A1 – AUTOCERTIFICAZIONE (per riconferma)

Per Docenti ed A.T.A. a.s. 2024/25.

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 consegue 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;

DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

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 in condizioni di disabilità grave accertata con verbale della Commissione ASL di _____ il _____;
- (*in alternativa*) di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/92 per se stesso;
- (*in alternativa*) di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di _____ grado del richiedente in quanto _____;
- di essere assistito dal sig. _____ nat. a _____
_____ prov. _____ il _____

C.F. _____ e residente in _____

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)

__ I __ 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

Rilevazione permessi ex legge 104/92 PerlaPA (Sistema integrato per la PA)

I dati personali raccolti saranno gestiti in conformità con il D.L.vo 196/2003 – Codice in materia di protezione dei dati personali e utilizzati ai soli fini della gestione degli adempimenti e per eventuali comunicazioni che l'Amministrazione dovrà effettuare

Dipendente: _____
data e luogo di nascita ____/____/____
Codice Fiscale: ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____
Recapito telefonico: _____
e mail: _____@_____

Tipo contratto:

a tempo determinato a tempo indeterminato

part-time full-time

Data assunzione - entrata in servizio : ____/____/____

Livello inquadramento: Direttivo Docente ATA

I benefici della ex Legge 104/92 sono:

Per se stesso Per terze persone

Agevolazioni fruite dalla legge 104/92:

➤ **Avvicinamento alla sede di lavoro più vicina al domicilio della persona assistita?**

SI

NO

ANNO _____

➤ Il rapporto di lavoro è stato trasformato in regime di part-time nell'anno _____ ?

SI

NO

dal giorno __/__/__ al giorno __/__/__

in corso

Tipo: verticale orizzontale

➤ Il rapporto di lavoro è stato trasformato da di part-time a full-time nell'anno _____ ?

SI

NO

dal giorno __/__/__ al giorno __/__/__

in corso

Dati Persona assistita:

Codice fiscale: _____

Cognome: _____

Nome: _____

Data di nascita __/__/__ **Comune di nascita** _____

Rispetto all'assistito, il Dipendente è: _____

(genitore, fratello, coniuge, affine 2° grado, ecc.)

➤ Il rapporto di lavoro è stato trasformato in regime di part-time nell'anno _____ ?

SI

NO

dal giorno __/__/__ al giorno __/__/__

in corso

Tipo: verticale orizzontale

➤ Il rapporto di lavoro è stato trasformato da di part-time a full -time nell'anno _____ ?

SI

NO

dal giorno __/__/__ al giorno __/__/__

in corso

Dati Persona assistita:

Codice fiscale: __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__

Cognome: _____

Nome : _____

Data di nascita __/__/__ Comune di nascita _____

Rispetto all'assistito, il Dipendente è: _____

(genitore, fratello, coniuge, affine 2° grado, ecc.)

Figlio minore di 3 anni?

SI

NO

La fruizione è alternativa con: _____

Tipo disabilità: Rivedibile Non rivedibile

Anno di revisione : ____/____/____

L'assistito è dipendente pubblico:

SI

NO

Ente di appartenenza: _____

(firma)

La/Il sottoscritt__, ai sensi del D.L.vo n. 196 del 30/06/2003 e al GDPR (Regolamento Generale sulla Protezione Dati, in vigore in tutta l'Unione Europea dal 25 maggio 2018) autorizza l'Amministrazione scolastica ad utilizzare i dati personali dichiarati solo ai fini istituzionali e necessari per la gestione giuridica ed economica del rapporto di lavoro.

(firma)

Scisciano, ____/____/____

N.B: Scrivere in modo chiaro ed evitare le cancellature.