



ISTITUTO COMPRENSIVO "DI MATTEO"

Via Catullo n. 8 - 91022 Castelvetro (TP)

Cod. Fisc. 81000310813 - Tel. / Fax Segr. (0924) 901100 - 528762

E - mail: tpic815003@istruzione.it PEC: tpic815003@pec.istruzione.it

URL: www.iccapuanapardo.edu.it

Circolare n.

Al personale docente
Al personale ATA
All'albo on line dell' Istituto
All'Amm.ne Trasparente
Disposizioni generali
Atti amm.vi generali

e p.c..
al D.S.G.A.

OGGETTO: Fruizione dei permessi di cui alla Legge 104/92 e s.m.i.

Alla luce delle recenti disposizioni normative ed al fine di rendere compatibili le richieste di permessi di cui all'oggetto con le esigenze organizzativo-didattiche dell'istituzione scolastica, si forniscono le seguenti direttive in merito:

PRESENTAZIONE ISTANZA DI RICONOSCIMENTO DEI BENEFICI DI CUI ALLA LEGGE 104/92

Conferma dell'istanza presentata nell'a.s. precedente (All.1)

Ogni dipendente è tenuto, secondo le modalità di cui agli art.75 e 76 del DPR 445/2000 e s.m.i., 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;

Prima istanza (All.2)

La richiesta di riconoscimento dei benefici di cui alla Legge 104/92 e s.m.i. 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 scrivente in entrambe le ipotesi di cui sopra, e nei termini previsti dalla normativa vigente, provvede ad emettere apposito DECRETO valevole per l'a.s. in corso.

Fino a tale momento, non potranno essere concessi i suddetti permessi.

Documentazione da produrre

Il dipendente deve formalizzare la richiesta dei benefici di cui sopra producendo la seguente documentazione:

- Domanda in carta semplice (all. 3 e all. 4) nella quale dichiarare che:
 - a) l'assistito non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati, cioè *“strutture ospedaliere o simili, pubbliche o private”* e, che assicurano *assistenza sanitaria continuativa*;
 - b) nessun altro familiare beneficia dei permessi di cui alla Legge 104/92 per lo stesso assistito;
 - c) altri familiari aventi diritto fruiranno dei giorni di permesso mensile che, frazionati, non potranno superare il limite dei 3 giorni mensili
- Autocertificazione anagrafica attestante il legame di parentela/affinità con l'assistito
- Copia conforme all'originale del verbale della Commissione medica attestante lo stato di *'disabilità grave'* dell'assistito.

MODALITÀ DI FRUIZIONE DEI PERMESSI DI CUI DELLA LEGGE 104/92

I permessi di cui all'art. 33, commi 3 o 6, della L. 104/92 e s.m.i. devono essere fruiti dal dipendente:

- in giornate non ricorrenti;
- comunicati, salvo improvvise esigenze, almeno tre giorni prima della fruizione;

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Anna Vania Stallone

All.1

Al Dirigente scolastico

SEDE

Oggetto: RICHIESTA/CONFERMA dei requisiti per usufruire dei permessi di cui all'art.33, commi 3 o 6, della Legge 104/1992.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____ ,

in servizio presso questo Istituto in qualità di _____

con contratto a tempo determinato/indeterminato, avendo presentato nell' a.s. _____
tutta la documentazione inerente alla fruizione dei permessi di cui alla Legge 104/92,
per :

☐

per persona portatore di handicap

☐

per assistere il proprio familiare _____

ai sensi e per gli effetti degli art. 75 e 76 del DPR 445/2000 relativi alle
dichiarazioni mendaci,

dichiara

sotto la propria responsabilità quanto segue:

- ☐ che non ci sono altri familiari aventi diritto alla fruizione dei permessi mensili;
- ☐ che ci sono altri familiari avente diritto che fruiranno dei permessi che cumulativamente non potranno superare il limite dei 3 giorni;
- ☐ che la predetta situazione non ha subito variazioni e che pertanto ha il diritto di fruire dei permessi in parola.

C/vetrano li ____/____/____

Firma del dipendente

VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Anna Vania Stallone

Oggetto: richiesta permessi di cui all'art.33 della Legge104/1992 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____, in servizio presso _____
con completamento presso _____

chiede

alla S.V. di fruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3 (o comma 6), della
Legge 104/1992 ai fini dell'assistenza del/la Sig./ra _____
nato/a a _____ il _____,
C.F. _____ residente a _____,
in Via _____ n. _____ con cui è legata dal seguente
vincolo di parentela: _____
Il/La sottoscritto/a, ai sensi degli art.75 e 76 del DPR 445/2000 e s.m.i.,

dichiara che

- nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- che ci sono altri familiari aventi diritto alla fruizione dei permessi mensili,
Sig./ra _____ nato a _____
il _____ lavoratore presso: _____
(i permessi cumulativamente non potranno superare il limite dei 3 giorni mensili);
- l'altro genitore Sig./ra _____
C.F. _____, non dipendente/o dipendente
presso _____ beneficia dei permessi giornalieri per lo
stesso figlio con disabilità grave alternativamente al sottoscritto/a nel limite massimo
mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;
- il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno, con le
eccezioni previste dalla normativa vigente in materia;
 - con il soggetto in situazione di disabilità grave di cui in premessa sussiste un
rapporto di parentela/affinità di 2° grado ;
 - con il soggetto in situazione di disabilità grave di cui in premessa esiste un
rapporto di parentela/affinità di 3° grado (barrare la voce che interessa) e costui:
 - non è coniugato/a;
 - è vedovo/a;
 - è coniugato/a, ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
 - è coniugato/a, ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;
 - è stato coniugato/a, ma il coniuge è deceduto;
 - è separato/a legalmente o divorziato/a;
 - è coniugato/a, ma in situazione di abbandono;

- ha uno o entrambi i genitori deceduti,
- ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
- ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante;

è a conoscenza che

- se il permesso viene chiesto per un soggetto in attività lavorativa, costui non deve prestare servizio nei giorni di richiesta del permesso;
- ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno) va tempestivamente comunicata all' Ente di appartenenza entro max. 30gg;
- la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'Amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività erogano per l'effettiva tutela dei disabili;
- ai sensi dell'art. 20, comma 3, della Legge 102/2009, lo scrivente può, ove ne ravvisi i presupposti, chiedere direttamente alla commissione INPS gli accertamenti sulla sussistenza dei requisiti delle condizioni di invalidità ed handicap della persona per la quale si chiede di usufruire dei benefici di cui alla Legge 104/92;
- qualora la Commissione medica, nelle ipotesi di cui ai punti 2} e 3) di seguito indicati, non dovesse riconoscere i benefici di cui all'oggetto, i giorni o le ore già fruiti, saranno trasformati in altra tipologia di assenza.

Allega alla presente la seguente documentazione:

1. COPIA CONFORME DEL VERBALE DELL'APPOSITA COMMISSIONE MEDICA di cui all'art.4, comma 1, della L. 104/1992, integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del d.l. n. 78/2009, convertito nella legge n. 102/2009, attestante lo stato di 'disabilità grave' ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/1992;

In alternativa: nell' ipotesi di patologia oncologica ove, trascorsi 15 giorni dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave non sia stato ancora rilasciato dalla competente Commissione Medica il verbale di cui al punto 1):

- 1bis certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere;
- 2. dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave - ovvero del suo tutore legale,curatore o amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina) -, nella quale viene indicato il familiare che debba prestare l'assistenza prevista dalla legge;
- 3. nei casi previsti, documentazione sanitaria attestante patologia invalidante rilasciata dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico;
- 4. nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.
- 5. dichiarazione sostitutiva familiari del disabile (nome, cognome, data di nascita, datore di lavoro).

C/vetrano li ____/____/____

Firma del dipendente

All. 3

Al Dirigente scolastico
SEDE

Oggetto: dichiarazione dell'assistito ai sensi della Legge 104/1992.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il , _____

C.F. _____ residente a _____

in Via _____ n° _____

ai sensi degli art. 75 e 76 del DPR 445/2000 e s.m.i. e consapevole delle relative sanzioni per dichiarazioni false e mendaci,

dichiara

- ☐ di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione ASL /INPS di _____ del _____;
- ☐ 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 104/1992 per se stesso;
- ☐ di non prestare attività lavorativa;
- ☐ di essere parente/affine di: grado del richiedente in qualità di _____;
- ☐ di voler essere assistito/a dal/la Sig./ra _____
nato/a a _____ il _____
CF _____ e residente _____
a _____ in Via _____;
- ☐ di voler essere assistito/a dal/la Sig./ra _____
nato/a a _____ il _____
CF _____ e residente _____
a _____ in Via _____;

Allega alla presente copia del documento di riconoscimento n. _____
rilasciato da _____

C/vevano li ____/____/____

Firma

All. 4

Al Dirigente scolastico
SEDE

Oggetto: dichiarazione di altri familiari tenuti all'assistenza.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a il , _____

C.F. _____ residente a _____

in Via n , _____

ai sensi degli art.75 e 76 del DPR 445/2000 e s.m.i. e consapevole delle relative sanzioni per dichiarazioni false e mendaci,

dichiara

- ☐ di essere parente/affine del disabile in qualità di _____;
- ☐ di prestare attività lavorativa presso (indicare datore di lavoro completo di indirizzo) _____;
- ☐ di non beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/1992 per il disabile;
- ☐ di non prestare attività lavorativa;
- ☐ di non beneficiare, in maniera frazionata, dei permessi mensili, nel limite massimo di 3 giorni
- ☐ di beneficiare, in maniera frazionata, dei permessi mensili, nel limite massimo di 3 giorni

Allega alla presente copia del documento di riconoscimento n. _____
rilasciato da _____

C/vevano li ____/____/____

Firma
