



MIM
Ministero dell'Istruzione
e del Merito



Direzione Didattica Statale I Circolo "E. De Amicis"

Scuola dell'Infanzia e primaria

Viale Corrado Santuccio, n.3 96012 Avola (SR) Tel. 0931/318802

C.F.:83000910899 – C.M.: SREE01300N – Codice ipa: istsc_sree01300n – Codice Univoco: UF2WLJ

E-mail: sree01300n@istruzione.it pec: sree01300n@pec.istruzione.it sito:www.primocircolodeamicisavola.edu.it

Avola, 11/10/2023

Circolare n. 31

**AI DSGA
Al personale docente e ATA
Albo on line
AI SITO WEB
Atti**

Oggetto: Richiesta e fruizione permessi Legge 104/92.

Facendo seguito e richiamando le 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 comunicano le seguenti direttive:

Conferma dell'istanza presentata nell'a.s. 2022-2023.

Ogni dipendente, docente o ATA, è tenuto, in ossequio alle modalità di cui agli art.75 e 76 del DPR 445/2000 e sue modifiche e integrazioni, a produrre autocertificazione sulla permanenza e/o eventuali variazioni 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.

La richiesta di riconoscimento dei benefici di cui alla Legge 104/92 e ss.mm.ii. va inoltrata al Dirigente Scolastico dell'Istituto di titolarità. La medesima richiesta va inoltrata anche all'eventuale Istituto di completamento.

Perdita o modifica 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 o la modifica del beneficio della legge 104/92.

Si informano, inoltre, le SS.LL. che ai fini dell'attuazione della direttiva UE sulla conciliazione vita-lavoro, il decreto legislativo n. 105/2022 ha modificato quanto previsto dall'articolo 33 della legge 104, cancellando il principio del referente unico dell'assistenza.

Pertanto, nel rispetto del limite dei tre giorni, i permessi L. 104/92 per l'assistenza alla stessa persona con disabilità grave, potranno essere riconosciuti, su richiesta a più soggetti tra gli aventi diritto, che potranno beneficiarne alternativamente.

Si ricorda, dunque, che secondo quanto previsto dalla predetta legge i permessi retribuiti spettano ai seguenti soggetti:

- alle persone disabili in situazione di gravità;
- ai genitori, anche adottivi o affidatari, della persona disabile in situazione di gravità;
- al coniuge della persona disabile in situazione di gravità;
- ai parenti o affini entro il 2° grado della persona disabile in situazione di gravità.

Il personale interessato è invitato a scaricare il modulo allegato che avrà cura di **compilare, allegando il documento di riconoscimento**, e inviarlo debitamente sottoscritto via mail all'indirizzo: sree01300n@istruzione.it, entro il 25/10/2023, recante l'oggetto "**Richiesta e fruizione permessi Legge 104/92**" oppure se impossibilitati all'invio a mezzo mail a consegnarlo, brevi manu, agli Uffici amministrativi.



Il Dirigente Scolastico Reggente

Dott.ssa Lucia Barbiera

Al Dirigente Scolastico

Oggetto: Richiesta permesso per in qualità di portatore di handicap o per assistenza a portatore di handicap ai sensi dell'art. 33 L.104/92, art. 15 CCNL 2007 per il personale a tempo determinato e indeterminato.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____,

il _____, c.f.: _____.

CHIEDE

un permesso giornaliero

dal _____ al _____ Totale giorni _____,

un permesso orario (solo personale ATA)

il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____,

per assistenza a sé stesso **al familiare in situazione di disabilità**

La/Il sottoscritto/a – consapevole, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, delle responsabilità e sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi, ed assumendone piena responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. 445/2000

–dichiara di aver già fruito, nel mese di _____ dei seguenti permessi:
per n. giorni _____ o numero di ore _____.

La/Il sottoscritto/a – consapevole, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, delle responsabilità e sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi, ed assumendone piena responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. 445/2000 – dichiara che:

nessun altro avente diritto ha usufruito nel mese citato di giorni di permesso;

che altro avente diritto ha già usufruito nel mese citato di n. _____giorni di permesso.

Luogo e data

Firma

Oggetto: Dichiarazione beneficiari Legge 104/1992.

Il sottoscritt_ _____ nat_ a _____ il _____, residente in _____, in Via _____ n. __, codice fiscale _____, e-mail _____, titolare presso codesto Istituto in qualità di _____ con contratto a tempo _____, consapevole delle responsabilità penali previste dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, conseguenti alla falsità delle dichiarazioni sostitutive rese ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del precitato D.P.R. in luogo di certificazioni amministrative e di atti di notorietà e consapevole che le Amministrazioni Pubbliche sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni difformi o false, può subire una condanna penale e di decadere dagli eventuali benefici ottenuti, con conseguenziale recupero,

DICHIARA

di essere portatore di handicap di cui all'art. 21 della legge n. 104/92, comma ____ art. _____ e percentuale di invalidità _____, come da certificazione allegata in fotocopia ed in busta chiusa;

ovvero

di prestare assistenza al proprio familiare, portatore di handicap che si trova nelle condizioni di cui all'art. 33, commi 5 o 7 legge 104/92 grado di parentela: _____ cognome e nome _____, nat_ il _____ a _____, abitante a _____ in Via _____, di cui è allegata la relativa certificazione.

CHIEDE

la fruizione dei previsti permessi.

Si obbliga, pertanto, a comunicare tempestivamente (entro 30 giorni) le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni dichiarate con la presente autocertificazione, ed in particolare:

- il ricovero a tempo pieno della persona disabile in situazione di gravità;
- la revisione del giudizio di gravità della situazione di handicap da parte della Commissione ASL o comunque la cessazione della validità del riconoscimento dell'handicap in situazione di gravità;
- le modifiche ai periodi di permesso richiesti (in questo caso dovrà presentare domanda di modifica che annulla e sostituisce quella consegnata in precedenza);
- l'utilizzo di permessi da parte di altri familiari per lo stesso disabile in situazione di gravità
- l'eventuale decesso del disabile in situazione di gravità.

Il/la sottoscritto/a acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo 196/2003 e articoli 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679, presta il suo consenso al trattamento dei dati personali per i fini indicati nella suddetta informativa e per le finalità direttamente connesse e strumentali

all'erogazione del servizio offerto con la presente istanza.

Luogo e data

Firma

Al Dirigente Scolastico

Oggetto: Autocertificazione beneficiari Legge 104/1992 a. s. 2022/2023 (riconferma).

Il sottoscritt_ _____ nat_ a _____ il _____, residente in _____, in Via _____ n. ___, codice fiscale _____, e-mail _____, titolare presso codesto Istituto in qualità di _____ con contratto a tempo _____, consapevole delle responsabilità penali previste dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, conseguenti alla falsità delle dichiarazioni sostitutive rese ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del precitato D.P.R. in luogo di certificazioni amministrative e di atti di notorietà e consapevole che le Amministrazioni Pubbliche sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni difformi o false, può subire una condanna penale e di decadere dagli eventuali benefici ottenuti, con conseguenziale recupero,

DICHIARA

1. di essere stato destinatario dei benefici previsti dalla Legge 104/92 e ss.mm.ii. nel decorso anno scolastico 202___/202___, come da documentazione già in possesso di codesta Istituzione Scolastica;
2. che nulla è variato rispetto al soggetto disabile;
3. che la persona per la quale viene chiesto il congedo non è in atto ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati;
4. che si obbliga a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni dichiarate con la presente autocertificazione, ed in particolare:
 - il ricovero a tempo pieno della persona disabile in situazione di gravità;
 - la revisione del giudizio di gravità della situazione di handicap da parte della Commissione ASL o comunque la cessazione della validità del riconoscimento dell'handicap in situazione di gravità;
 - le modifiche ai periodi di permesso richiesti (in questo caso si impegna a presentare domanda di modifica che annulla e sostituisce quella consegnata in precedenza);
 - l'utilizzo di permessi da parte di altri familiari per lo stesso disabile in situazione di gravità;
 - l'eventuale decesso del disabile in situazione di gravità.

Il/la sottoscritto/a acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo 196/2003 e articoli 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679, presta il suo consenso al trattamento dei dati personali per i fini indicati nella suddetta informativa e per le finalità direttamente connesse e strumentali all'erogazione del servizio offerto con la presente istanza.

Luogo e data

Firma