



Scipione Valentini

Istituto Comprensivo Dipignano-Carolei

Scuola dell'Infanzia, Primaria, Secondaria di 1° grado ad indirizzo musicale
Via XXIV Maggio, 27 - 87045 DIPIGNANO(CS)
Tel 0984/621001 - FAX 0984/621037 C.F. 80005140787
E-Mail: csic80200t@istruzione.it PEC: csic80200t@pec.istruzione.it
Sito: www.comprensivodipignano.gov.it



Alfonso Rendano



Prot. 1681/Al

Dipignano, 15 settembre 2016

A Tutto il Personale
p.c. al DSGA
Al Sito web

Circolare n. 11

OGGETTO: Fruizione dei permessi di cui alla Legge 104/92 e successive modifiche ed integrazioni.

Alla luce delle recenti 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 organizzativo-didattiche dell'Istituzione Scolastica, si forniscono le seguenti direttive in merito:

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

1. Conferma dell'istanza presentata nell'anno scolastico precedente (All. A)

- a. Ogni dipendente è tenuto, secondo le modalità di cui agli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 e successive modifiche ed 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'anno scolastico precedente;

2. Prima istanza (All. B)

- a. La richiesta di riconoscimento dei benefici di cui alla Legge 104/92 e succ. modif. e integrazioni va inoltrata all'Istituto di titolarità. 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;

DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE

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

- **Domanda in carta semplice, nella quale dichiarare che:**
 - a. L'assistito non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati, cioè strutture ospedaliere o simili, pubbliche o private, che assicurano assistenza sanitaria continuativa;
 - b. Nessun'altro familiare beneficia dei permessi di cui alla Legge 104/92 per lo stesso assistito;
 - c. La convivenza o meno con l'assistito;
- **Certificazione anagrafica attestante il legame di parentela/affinità con l'assistito o eventuale autocertificazione;**
- **Copia conforme all'originale del verbale della Commissione medica attestante lo stato di "disabilità grave" dell'assistito.**

MODALITA' DI FRUIZIONE DEI PERMESSI DI CUI DELLA LEGGE 104/92

I permessi di cui all'art. 33, commi 3 o 6, della Legge 104/92 e s.m.i. devono essere fruiti dal dipendente possibilmente in giornate non ricorrenti e comunicati ove possibile e salvo improvvise esigenze, almeno tre giorni prima della fruizione.



Stefania Valentini

Istituto Comprensivo Dipignano-Carolei

Scuola dell'Infanzia, Primaria, Secondaria di 1° grado ad indirizzo musicale
Via XXIV Maggio, 27 – 87045 DIPIGNANO(CS)
Tel 0984/621001 - FAX 0984/621037 C.F. 80005140787
E-Mail: csic80200t@istruzione.it PEC: csic80200t@pec.istruzione.it
Sito: www.comprensivodipignano.gov.it



Alfonso Rendano



CRONOPROGRAMMA DEI PERMESSI (ALL.C)

Al fine di agevolare l'organizzazione della Istituzione scolastica e di consentire una tempestiva pianificazione delle sostituzioni, coloro che fruiranno dei permessi in parola sono pregati di produrre una programmazione mensile da presentarsi entro il 30 del mese precedente, salvo improvvise ed improcrastinabili esigenze di assistenza del soggetto disabile.

Si porta a conoscenza del personale scolastico che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, della Legge 102/2009, lo scrivente può, ove ne ravvisi i presupposti, chiedere direttamente alla commissione ASL 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.



Il Dirigente Scolastico
Fiorangela D'Ippolito

firma autografa sostituita a mezzo stampa ex art. 3 c. 2 D. L.vo 39/1993

ALL .A

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

 1 sottoscritt_ _____ nat_ il
____ / ____ / ____ a _____ prov . (____) in servizio presso questo
Istituto , in qualità di _____ con contratto di lavoro a tempo
indeterminato/determinato, avendo presentato nel decorso anno scolastico ____ / ____ tutta la
documentazione inerente alla fruizione dei permessi di cui alla Legge 104/92, ai sensi e per gli effetti degli
artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 relativi alle dichiarazioni mendaci,

dichiara

sotto la propria responsabilità, che la predetta situazione non ha subito variazioni e che pertanto ha il
diritto di fruire dei permessi in parola.

Roma, _____

Firma del dipendente



AI DIRIGENTE SCOLASTICO

ALL.B

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____ (Prov. _____)

residente a _____ (Prov. _____) in Via/Piazza _____ n° _____,

in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di _____,

CHIEDE

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni in qualità di:

- genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;
- genitore della persona disabile di età superiore a tre anni;
- parente, affine o coniuge di una persona con disabilità;
- disabile lavoratore richiedente i permessi.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 46 e 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445)

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

a. Che l'ASL di _____, nella seduta del _____ / _____ / _____, ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992), di:

Cognome e Nome _____ Grado di parentela _____

(data adozione/affido) _____ data e luogo di nascita _____

_____ Residente a _____, in Via/Piazza _____

_____ come risulta dalla certificazione che si allega.

b. che la famiglia anagrafica della persona per la quale vengono richiesti i permessi è così costituita:

| Cognome e Nome | Luogo e data di nascita | Rapporto di parentela | (se lavoratore) Dati del datore di lavoro |
|----------------|-------------------------|-----------------------|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

- nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- l'altro genitore:
 Sig./raC.F.....
 non dipendente / dipendente presso.....
 beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;
- il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela /affinità di 3° grado:
 - non è coniugato;
 - è vedovo/a;
 - è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
 - è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;
 - è stato coniugato ma il coniuge è deceduto;
 - è separato legalmente o divorziato;
 - è coniugato 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 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;
- il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno, con le eccezioni previste al punto 3 della circolare del 3 dicembre 2010 n. 155;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno)

Si allega:

- copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, 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 capo al soggetto che necessita di assistenza.
- certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, se, trascorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) o 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica (verbale da presentare non appena disponibile)
- 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 dai termini di legge.
- 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.
- nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.

Il/la Dichiarante

Data _____

AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

***** (Spazio riservato
all'ufficio)*****

Liceo artistico "Pomezia" di Pomezia

VISTA l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata, si autorizza/non si autorizza la fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/92, art. 33 e successive modificazioni.

Motivi eventuale diniego:

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

PERSONE TENUTE ALL'ASSISTENZA:

Cognome e Nome: _____

RELAZIONE DI PARENTELA (Parenti ed affini entro il 2°/3° grado): _____

Datore di lavoro: Ditta/Ente _____

Città _____ CAP _____ Via _____ tel. _____
e-mail _____

Cognome e Nome: _____

RELAZIONE DI PARENTELA (Parenti ed affini entro il 2°/3° grado): _____

Datore di lavoro: Ditta/Ente _____

Città _____ CAP _____ Via _____ tel. _____
e-mail _____

Dichiarazione sostitutiva di notorietà
(art. 46 D.P.R. n.445 del 28.12.2000)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a _____
() il _____ e residente in Comune di _____ in Via _____, a seguito del riconoscimento di disabilità in situazione di gravità, viste le disposizione di cui al DPR n.445/2000 sopra richiamato,

D i c h i a r a

che la persona scelta liberamente per prestare l'assistenza prevista dalla legge n. 104/92, art. 33 comma 3, è:

- COGNOME E NOME _____
- Relazione di parentela _____
- Residenza _____ CAP _____ Città _____

A tal fine allega copia del proprio documento di identità.

_____, _____

Il/La dichiarante
