



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
SCUOLA STATALE SECONDARIA DI PRIMO GRADO

'GOBETTI - DE FILIPPO'

Circolare n. 3 del 04/09/2020

S.S.S. DI I° "GOBETTI-DE FILIPPO"
QUARTO (NA)
Prot. 0005079 del 04/09/2020
09 (Uscita)

**AL PERSONALE DOCENTE
AL PERSONALE ATA
ALL'ALBO DELL'ISTITUTO**

OGGETTO: permessi Legge 104/92.

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 DELLA LEGGE 104/92

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

Ogni dipendente è tenuto, ai sensi degli art.75 e76 del DPR 445/2000, a produrre autocertificazione sulla permanenza delle condizioni di fruizione dei permessi di cui all'art. 33 della legge 104/92 relative all'a.s. precedente.

- Prima istanza

La richiesta di riconoscimento dei benefici della legge 104/92 va inoltrata all'istituto di titolarità, che provvederà all'emissione del relativo Decreto. La medesima richiesta, per conoscenza, va inoltrata anche all'eventuale istituto di completamento a cui consegnare successivamente il decreto di riconoscimento dei benefici della legge 104/92.

La scrivente, provvederà ad emettere apposito decreto valevole per l'a.s. in corso. Fino a tale momento non potranno essere concessi i suddetti permessi.

In caso di prima istanza, documentazione da produrre

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

- Domanda in carta semplice nella quale formalizzare la richiesta e dichiarare che **(ALL.2)**:
 - 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;

A tale domanda, andrà allegata:

- Copia conforme all'originale del verbale della Commissione medica attestante lo stato di *'disabilità grave'* dell'assistito;



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
SCUOLA STATALE SECONDARIA DI PRIMO GRADO

GOBETTI - DE FILIPPO

- Dichiarazione dell'assistito ai sensi della Legge 104/92 (**ALL. 3**);

PRESENTAZIONE DI ISTANZA PER LA CONCESSIONE DEI PERMESSI DI CUI DELLA LEGGE 104/92

Al fine di contemperare le necessità di buon andamento dell'attività scolastica con il diritto all'assistenza del disabile, si richiede al personale beneficiario di fruire dei permessi di cui all'art. 33 della L. 104/92:

- in giornate non ricorrenti e/o vicine a festività;
- comunicati possibilmente con programmazione mensile (**allegato 4**) o, salvo improvvise esigenze, almeno tre giorni prima;

purché tale programmazione non comprometta il diritto al disabile ad una effettiva assistenza.

Tale richiesta nasce esclusivamente dall'esigenza di organizzare il servizio al fine di assicurare la vigilanza sugli alunni, la loro sicurezza e tutela del diritto allo studio ai sensi e per gli effetti del CCNL vigente.

Resta, comunque, ferma la possibilità per il dipendente di modificare le giornate in precedenza programmate, stante la prevalenza del diritto all'assistenza del disabile sulle esigenze scolastiche.

Si porta a conoscenza del personale scolastico che, ai sensi dell'art.20, comma 3, della legge 102/2009, lo scrivente può, ove ne ravvisasse i presupposti, chiedere direttamente alla commissione ASL gli accertamenti del caso sulla sussistenza dei requisiti o meno 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
Prof.ssa Giuliana Autieri

Firma autografa omessa
ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
SCUOLA STATALE SECONDARIA DI PRIMO GRADO

"GOBETTI - DE FILIPPO"

ALL .1

CONFERMA DEI REQUISITI PER USUFRUIRE DEI PERMESSI DI CUI ALL'ART. 33, COMMI 3 O 6, DELLA LEGGE 104/1992.

l 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.

Quarto, _____

Firma del dipendente



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

SCUOLA STATALE SECONDARIA DI PRIMO GRADO

'GOBETTI - DE FILIPPO'

ALL.2

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

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:

Table with 4 columns: 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./ra _____ C.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)*****

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.

eventuale diniego: _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

QUARTO, _____



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

SCUOLA STATALE SECONDARIA DI PRIMO GRADO

"GOBETTI - DE FILIPPO"

Allegato 3 - Mod L.104/92 ref.unico

**MODELLO DICHIARAZIONE DI INDIVIDUAZIONE DEL REFERENTE UNICO
PER L'ASSISTENZA DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE
(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)**

Il/la sottoscritt _____
nato/a a _____ (Prov _____) il ____/____/____
C.F. _____ residente in _____ (Prov _____)
via/piazza _____ Cap _____

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

dichiara

- di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl di il
- 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 digrado del Sig./ra
in quanto..... ;

consapevole che soltanto un lavoratore può fruire dei permessi per l'assistenza alla stessa persona disabile in situazione di gravità, di voler essere assistito soltanto dal Sig./ra _____
nato/a a _____ (Prov _____) C.F. _____
e residente a _____ (Prov _____).

*Allega alla presente dichiarazione copia del proprio documento di riconoscimento n
rilasciato da il*

Quarto, _____

Firma



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

SCUOLA STATALE SECONDARIA DI PRIMO GRADO

"GOBETTI - DE FILIPPO"

Al Dirigente Scolastico

Oggetto: **richiesta permessi art.33, della Legge104/1992. Cronoprogramma.**

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a..... il in
servizio presso quest'Istituto in qualità di
a tempo determinato/indeterminato

chiede

di poter fruire dei seguenti permessi previsti:

- dall'art. 33, comma 3, della legge 104/92, per l'assistenza al coniuge, parente o affine entro il secondo grado, ovvero entro il terzo grado qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i sessantacinque anni di età oppure siano anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti;
- dall'art. 33, comma 6, della legge 104/92, per se stesso, essendo persona disabile, in situazione di gravità e titolare di un rapporto di lavoro subordinato;
- dall'art. 33, comma 2, della legge 104/92 e dall'art. 42 del novellato D.Lgs.n. 151/2001 in quanto lavoratrice madre o, in alternativa, lavoratore padre, genitori anche adottivi, di minore con handicap in situazione di gravità accertata ai sensi dell'articolo 4, comma 1, della Legge 104/92, fino a tre anni di vita del bambino;
- dall'art. 33, comma 3, della Legge 104/92 e dall'art. 42 del novellato D.Lgs.n. 151/2001, in quanto lavoratrice madre o, in alternativa, lavoratore padre, genitori anche adottivi, di figlio con handicap in situazione di gravità;

A tal fine presenta il seguente cronoprogramma per il mese di

GIORNO/...../.....

GIORNO/...../.....

GIORNO/...../.....

.....,/...../.....

Per l'assistenza allo stesso figlio con handicap in situazione di gravità, il diritto è riconosciuto ad entrambi i genitori, anche adottivi, che possono fruirne alternativamente.

Firma del dipendente

.....

VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....