



Unione Europea * Ministero Istruzione Università Ricerca * Regione Sicilia

Scuola Secondaria Statale di 1° grado

Indirizzo musicale "A. Inveges"

Via Alcide De Gasperi n. 8/A - 92019 Sciacca (AG) -- ☎ PBX 0925 21331 - FAX: 0925 21123

C.F: 83001110846 sito web: <http://www.inveges.edu.it> e-mail: agmm054009@istruzione.it pec:

agmm054009@pec.istruzione.it

Circolare n. 71

SMS - "A. INVEGES"-SCIACCA
Prot. 0006049 del 22/10/2021
07 (Uscita)

AL PERSONALE DOCENTE
AL PERSONALE ATA
AL DSGA
LORO SEDI

ALBO/ SITO

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

Visto l'art. 33 della L. 104/92, come novellato dall'art. 24 della Legge 183/2010;

Vista la Circolare 13/2010 del Dipartimento della Funzione Pubblica (art. 7 – ultimo comma);

Visto il CCNL/Scuola 29/11/2007 e 2016/2018

Vista la Circolare n. 45 dell'INPS dell'1 marzo 2011 e succ.

Al fine di contemperare le esigenze di organizzazione del lavoro con il diritto ai permessi derivanti dall'articolo 33 della Legge 104/1992

si forniscono le seguenti direttive:

PRESENTAZIONE ISTANZA DI RICONOSCIMENTO DEI BENEFICI

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.

Lo scrivente, in entrambe le ipotesi di cui sopra, e nei termini previsti dalla normativa vigente, provvederà 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, nella quale dichiarare, tra l'altro, 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;*

e alla quale allegare:

- a) *certificazione anagrafica attestante il legame di parentela/affinità con l'assistito o eventuale autocertificazione;*
- b) *copia conforme all'originale del verbale della Commissione medica attestante lo stato di "disabilità grave" dell'assistito;*
- c) *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.*

MODALITA' 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 5 giorni prima della fruizione;
- non per far fronte a necessità di tipo assistenziale (aiuto all'igiene, aiuto all'alimentazione, supporto personale), ma solamente per necessità di tipo 'sanitario'.

CRONOPROGRAMMA DEI PERMESSI

Si precisa inoltre che, ai sensi della normativa vigente, coloro che fruiranno dei permessi in parola sono tenuti a produrre una programmazione mensile da presentare entro il **30 del mese precedente**. Nel caso di improvvise ed improcrastinabili esigenze, con dichiarazione scritta sotto la propria responsabilità, il lavoratore potrà variare la giornata di permesso già programmata dandone comunicazione con congruo anticipo di almeno 5 giorni, per concordare preventivamente con l'Amministrazione le giornate di permesso, al fine di consentire l'organizzazione dei servizi e garantire il buon funzionamento dell'amministrazione.

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.

Si coglie l'occasione, inoltre, per informare che la Scuola, come ogni Amministrazione Pubblica, è tenuta a comunicare al Dipartimento della Funzione Pubblica tutte le giornate fruiti a tale titolo da ciascun lavoratore, essendo autorizzata per disposizione espressamente prevista dalla sopra citata normativa, al trattamento di tali dati sensibili e alla loro conservazione per un periodo massimo di gg. 30 dall'invio.

Infine, si ricorda che il Dirigente potrà procedere, tramite le forze dell'ordine o gli Enti competenti, ai sensi della legge 445/2000, alle verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive; l'eventuale difformità, rispetto al vero, delle dichiarazioni comporterà la denuncia per reato di falso e la decadenza del beneficio in esame.

L'utilizzo dei permessi a scopo personale profila, infatti, una condotta censurabile e lesiva della buona fede: il lavoratore che si avvale dei permessi di cui alla legge 104 non per assistere il familiare disabile ma per dedicarsi ad altre attività personali, pone in essere un comportamento che integra l'ipotesi dell'abuso di diritto.

Si allegano alla presente i seguenti documenti:

- Richiesta benefici L.104/1992 – art. 33 (e successive modificazioni);
- Rinnovo autorizzazione permessi L. 104/1992 – art. 33
- Programmazione mensile di fruizione dei permessi retribuiti L. 104/1992 -art. 33
- Dichiarazione degli altri componenti il nucleo familiare del disabile
- Autorizzazione del Ds alla fruizione dei benefici previsti dalla L. 104/1992 (e successive modificazioni e norme)
- Individuazione del referente unico per l'assistenza dati e dichiarazione del soggetto disabile.

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Maria Angela Croce



Maria Angela Croce

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.
di voler fruire dei permessi secondo le seguenti modalità:
_ tre giorni al mese ;
_ due ore al giorno dalle ore ____ alle ore ____ (nel limite di 18 ore al mese)

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 ¹ _____
(data adozione/affido) _____ data e luogo di nascita _____
Residente a _____, in Via/Piazza _____
come risulta dalla certificazione che si allega.

di prestare una assistenza sistematica ed adeguata alla persona sopra indicata;

che la persona per la quale vengono richiesti i permessi è tutt'ora in vita e non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati.

che nessun altro familiare del disabile beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap (si allegano dichiarazione di tutti i congiunti del disabile);

oppure

che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori (si allega dichiarazione di responsabilità dell'altro genitore);

di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impiego - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;

di essere 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 solo per l'effettiva tutela del disabile;

di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445.

Il/la Dichiarante

Sciacca, _____

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

¹ Indicare se: figlio/a (in caso di adozione/affidamento, indicare la data del provvedimento);
Parente o affine entro il 3° grado (specificare se: padre, nuora, ecc.).

**RINNOVO AUTORIZZAZIONE
PERMESSI ART. 33 LEGGE 104/92**

Al Dirigente Scolastico
Della Scuola Sec. 1°gr.
"A. Inveges" - Sciacca (AG)

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 _____,
nel chiedere il rinnovo dell'autorizzazione a fruire dei permessi di cui alla legge 104/92 concessi dal Dirigente nell'a.s. _____,
consapevole delle responsabilità, di natura anche penale, che potrebbero derivare in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione oppure di uso di atti contenenti dati non più rispondenti a verità

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 ¹ _____
(data adozione/affido) _____ data e luogo di nascita _____ Residente a _____, in Via/Piazza _____ e che non ha proceduto a rettificare o modificare il giudizio sulla gravità dell'handicap del disabile;

di prestare una assistenza sistematica ed adeguata alla persona sopra indicata;

che la persona per la quale vengono richiesti i permessi è tutt'ora in vita e non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati.

che nessun altro familiare del disabile beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap;

oppure

che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori (si allega dichiarazione di responsabilità dell'altro genitore);

di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impiego - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;

di essere 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 solo per l'effettiva tutela del disabile;

di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - D.P.R. 28/12/2000, n° 445.

Il/la Dichiarante

Sciacca, _____

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

Al Dirigente Scolastico
Della Scuola Sec. 1°gr. A. Inveges
Siacca (AG)

OGGETTO: Programmazione Mensile di fruizione dei permessi retribuiti legge 05.02.1992 n. 104 art. 33.

- PERSONALE COMPARTO SCUOLA: Anno Scolastico: 2021/22

 sottoscritto/a _____ in servizio presso codesta
Istituzione Scolastica in qualità di _____

CHIEDE

AI SENSI DELL'ART.33 DELLA LEGGE DEL 05.02.1992 N.104, DI POTER USUFRUIRE DEI
PERMESSI RETRIBUITI PER IL MESE DI _____ NEI
SEGUENTI GIORNI:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Data, _____

Firma _____

**Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Maria Angela Croce**

DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE DEL DISABILE

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. (_____) il _____
in relazione di parentela o affinità _____ con il Sig./ra
_____ familiare disabile,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

ai sensi della legge n. 15/68 e DPR 445/2000 di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile per i seguenti motivi: _____

e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, l. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

Sciacca, _____

Firma



Unione Europea * Ministero Istruzione Università Ricerca * Regione Sicilia

Scuola Secondaria Statale di 1° grado

Indirizzo musicale "A. Inveges"

Via Alcide De Gasperi n. 8/A - 92019 Sciacca (AG) -- ☎ PBX 0925 21331 - FAX: 0925 21123

C.F: 83001110846 sito web: <http://www.inveges.edu.it> e-mail: agmm054009@istruzione.it pec:

agmm054009@pec.istruzione.it

Prot. n.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTA l'istanza acquisita agli atti della Scuola con prot. n.e relativa documentazione;

AUTORIZZA

L'Ins.te.....nata a.....il....., in servizio presso questa Istituzione Scolastica, alla fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/92, art. 33 e successive modificazioni e della circolare n.8/2008 della Funzione Pubblica (ulteriori chiarimenti sulla L.n. 133 del 2008).

Motivi eventuale diniego:

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Maria Angela Croce

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

Il/la sottoscritt _____
nato/aa _____ (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 di..... grado 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).

Luogo e data _____

Firma
