



ISTITUTO COMPRENSIVO “CAPUANA-PARDO”

Via Catullo n.8 - 91022 Castelvetro (TP) - Cod. Fisc. 81000310813

Tel. Segr. (0924) 901100 – 528762

tpic815003@istruzione.it tpic815003@pec.istruzione.it

URL: www.iccapuanapardo.edu.it/

ALL.1

Al personale docente

Al personale ATA

All'albo on line dell'istituto

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.2)

Ogni dipendente è tenuto, secondo le modalità di cui agli art.75 e76 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.3)

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, 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;
- 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.

MODALITÀ1 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;

CRONOPROGRAMMA DEI PERMESSI (All.4)

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, salvo improvvise ed improcrastinabili esigenze di assistenza del soggetto disabile. In tal caso, il lavoratore, previa istanza al dirigente scolastico, di norma entro i tre giorni precedenti la fruizione del permesso, potrà variare la giornata già comunicata nel cronoprogramma.

Si invita, altresì, il personale beneficiario a fruire, ove possibile, di giornate diverse rispetto ai mesi precedenti, per motivi di funzionalità organizzativo-didattica.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof.ssa Anna Vania Stallone)

All.2

Al Dirigente scolastico

SEDE

Oggetto: 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 _____ ,

in servizio presso questo Istituto in qualità di _____

con contratto a tempo determinato/indeterminato, avendo presentato nel 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, che la predetta situazione non ha subito variazioni e che pertanto ha il diritto di fruire dei permessi in parola.

C/vevano li ___/___/_____

Firma del dipendente

VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

(Prof.ssa Anna Vania Stallone)

All.3

**Al Dirigente scolastico
SEDE**

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 _____ 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;

-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 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 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 consegue 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 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;
- 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 DL. 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): 1 .bis 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)

Firma del dipendente

VISTO DEL DIRIGENTE
SCOLASTICO
(Prof.ssa Anna Vania Stallone)

ALL.4

Al Dirigente scolastico
SEDE

Oggetto: richiesta permessi art. 33, della Legge l 04/1 992. 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 anch'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 mensile:

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
(Prof.ssa Anna Vania Stallone)

All.5

Al Dirigente scolastico
SEDE

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

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 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 soltanto dal/la Sig./ra nato/a il _____
CF _____ e residente a _____
in Via ; _____

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

Firma

All.6

**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 di : grado del disabile in qualità di _____;
_____;

-di prestare attività lavorativa presso (indicare datore di lavoro completo di indirizzo) _____

e di non beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/1992 per il disabile;

-di non prestare attività lavorativa;

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

Firma
