



ISTITUTO COMPRESIVO "CAPUANA - PARDO"

Via Catullo n. 8 - 91022 Castelvetro (TP)

Cod. Fisc. 81000310813 - Tel. / Fax Segr. (0924) 901100 - 528762

E - mail: tpic815003@istruzione.it PEC: tpic815003@pec.istruzione.it

URL: www.iccapuanapardo.edu.it

Circ. n. 27
A.S. 2021/22

Al personale docente

Al personale ATA

All'albo on line dell'istituto

Al D.S.G.A.

OGGETTO: fruizione dei permessi di cui alla Legge 104/92 e successive modifiche.

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 alla:

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

1) Modalità di presentazione per il personale scolastico in servizio nell'istituzione e che già l'A.S. precedente ha usufruito dei benefici di cui alla legge 104/92,

Il personale in servizio nell'istituzione e che già l'A.S. precedente ha usufruito dei benefici di cui alla legge 104/92, dovrà presentare esclusivamente **ISTANZA DI CONFERMA (All. 1)** e produrre, secondo le modalità di cui agli artt.75 e 76 del D.P.R. 445/2000, l'autocertificazione sulla permanenza delle condizioni di fruizione dei permessi di cui all'art.33, commi 3 o 6, della Legge 104/92. Sarà cura della scrivente provvedere ad emettere l'apposito DECRETO valevole per l'A.S. in corso. Fino a tale momento, non potranno essere concessi i suddetti permessi.

2) Modalità di presentazione per il personale scolastico in servizio nell'istituzione dal 1^ settembre del corrente anno scolastico e che dovrà presentare nuova richiesta per usufruire dei benefici di cui alla legge 104/92

Il personale docente e ATA, in servizio nell'istituzione scolastica dal 1^ settembre del corrente anno scolastico e che dovrà formalizzare una nuova richiesta per usufruire dei benefici di cui alla legge 104/92, è tenuto a presentare la seguente documentazione:

Domanda come da **Allegato 2 (corredati da eventuali All. n.3 e All. n. 4)**, 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;



ISTITUTO COMPRESIVO "CAPUANA - PARDO"

Via Catullo n. 8 - 91022 Castelvetro (TP)

Cod. Fisc. 81000310813 - Tel. / Fax Segr. (0924) 901100 - 528762

E - mail: tpic815003@istruzione.it PEC: tpic815003@pec.istruzione.it

URL: www.iccapuanapardo.edu.it

- 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.

MODALITÀ 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 devono essere fruiti dal dipendente:

- in giornate non ricorrenti;
- comunicati, salvo improvvise esigenze, almeno tre giorni prima della fruizione;

3) Modalità di presentazione per le richieste mensili delle giornate di cui alla legge 104/92, da Sportello digitale.

Il Dipartimento della Funzione Pubblica, con la Circolare n.13/2010 invita il dipendente pubblico (*nella fattispecie il personale scolastico*) ad elaborare un piano per la fruizione dei permessi di cui alla legge 104/92 “... per la fruizione dei permessi, l'interessato dovrà comunicare al dirigente competente le assenze dal servizio con congruo anticipo, se possibile con riferimento all'intero arco temporale del mese, al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività amministrativa”.

Pertanto, al fine di assicurare l'efficacia e l'efficienza del servizio dell'istituzione scolastica, il personale docente e ATA richiederanno le giornate di cui avranno necessità, **possibilmente in unica richiesta da Sportello Digitale, con congruo anticipo (almeno 5 gg. prima della fruizione)** in modo da poter predisporre una più organica e funzionale sostituzione del docente assente e/o A.T.A.

E' consentito comunque, al dipendente, per improvvise ed improcrastinabili esigenze di assistenza del soggetto disabile, rimodulare la richiesta delle giornate contattando direttamente gli Uffici di segreteria.

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



ISTITUTO COMPRENSIVO "CAPUANA - PARDO"

Via Catullo n. 8 - 91022 Castelvetro (TP)

Cod. Fisc. 81000310813 - Tel. / Fax Segr. (0924) 901100 - 528762

E - mail: tpic815003@istruzione.it PEC: tpic815003@pec.istruzione.it

URL: www.iccapuanapardo.edu.it

All.1

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 nell'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.

Castelvetro li ____/____/____

Firma del dipendente



ISTITUTO COMPRESIVO "CAPUANA - PARDO"

Via Catullo n. 8 - 91022 Castelvetrano (TP)

Cod. Fisc. 81000310813 - Tel. / Fax Segr. (0924) 901100 - 528762

E - mail: tpic815003@istruzione.it PEC: tpic815003@pec.istruzione.it

URL: www.iccapuanapardo.edu.it

All. 2

Al Dirigente scolastico

SEDE

Oggetto: richiesta permessi di cui all'art.33 della Legge 104/1992 e successive modifiche.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

Il _____ in servizio presso _____

con eventuale 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;



ISTITUTO COMPRENSIVO "CAPUANA - PARDO"

Via Catullo n. 8 - 91022 Castelvetrano (TP)

Cod. Fisc. 81000310813 - Tel. / Fax Segr. (0924) 901100 - 528762

E - mail: tpic815003@istruzione.it PEC: tpic815003@pec.istruzione.it

URL: www.iccapuanapardo.edu.it

- 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.



ISTITUTO COMPRENSIVO "CAPUANA - PARDO"

Via Catullo n. 8 - 91022 Castelvetrano (TP)

Cod. Fisc. 81000310813 - Tel. / Fax Segr. (0924) 901100 - 528762

E - mail: tpic815003@istruzione.it PEC: tpic815003@pec.istruzione.it

URL: www.iccapuanapardo.edu.it

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 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 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. 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)



ISTITUTO COMPRESIVO "CAPUANA - PARDO"

Via Catullo n. 8 - 91022 Castelvetrano (TP)

Cod. Fisc. 81000310813 - Tel. / Fax Segr. (0924) 901100 - 528762

E - mail: tpic815003@istruzione.it PEC: tpic815003@pec.istruzione.it

URL: www.iccapuanapardo.edu.it

All. 3

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 dal comune di _____

Firma _____



ISTITUTO COMPRESIVO "CAPUANA - PARDO"

Via Catullo n. 8 - 91022 Castelvetro (TP)

Cod. Fisc. 81000310813 - Tel. / Fax Segr. (0924) 901100 - 528762

E - mail: tpic815003@istruzione.it PEC: tpic815003@pec.istruzione.it

URL: www.iccapuanapardo.edu.it

All.4

**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 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 dal Comune di

Firma
