



C.I. n.18

Lucera, 05/09/2024

- Al personale docente
- Al personale ATA
- Amministrazione Trasparente
- Sez. Disposizioni generali/Atti generali/Atti Amm. Grn.
- Al Sito web – Albo – Atti **SEDE**

OGGETTO: Fruizione dei permessi di cui alla Legge 104/92 e ss. mm. e ii. – DISPOSIZIONI PERMANENTI.

Alla luce delle disposizioni normative (*Cfr. Legge n.183/2010 e relative Circolari attuative INPS*), ed al fine di rendere compatibili le richieste di permessi di cui alla L.104/92 con le esigenze organizzativo-didattiche dell’Istituzione scolastica, si forniscono le direttive che seguono.

Conferma dell’istanza già presentata

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.

L’autocertificazione può essere presentata secondo il modello **Allegato 1** (scaricabile dal sito web dell’Istituto - sezione modulistica).

Prima istanza

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 trasmessa anche all’eventuale Istituto di completamento a cui deve essere consegnato, successivamente, il decreto di riconoscimento dei benefici della Legge 104/92.

La richiesta deve essere presentata secondo il modello **Allegato 2a + 2b + 2c** oppure secondo il modello **Allegato 3** (scaricabili dal sito web dell’Istituto - sezione modulistica).

Il Dirigente Scolastico, 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.

Il dipendente deve formalizzare la richiesta dei benefici, producendo la seguente documentazione:

– Domanda in carta semplice, nella quale dichiara che:

- l’assistito non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati, cioè ‘*strutture ospedaliere o simili, pubbliche o private, che assicurano assistenza sanitaria continuativa*’;

- nessun altro familiare beneficia dei permessi di cui alla Legge 104/92 per lo stesso assistito;
- 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 ALLA 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;
- 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**, 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.

Il modello di presentazione del cronoprogramma è il modello **Allegato 4** (scaricabile dal sito web dell'Istituto sezione modulistica).

Il personale confermerà/revocherà la richiesta di permesso compilando l'apposito modello di volta in volta e con anticipazione di 3 gg. Rispetto alla data di assenza.

Si porta a conoscenza del personale scolastico che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, della Legge 102/2009, questa dirigenza 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

Francesca CHIECHI

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

ALLEGATI

- Modello All. 1:** “Conferma dei requisiti per usufruire dei permessi di cui all’art. 33, commi 3 o 6 della Legge 104/1992”;
- Modello All. 2a:** “Richiesta permessi di cui all’art. 33 della Legge 104/1992 e s.m.i. (assistenza al parente con disabilità grave)”;
- Modello All. 2b:** “Dichiarazione del soggetto disabile”;
- Modello All. 2c:** “Dichiarazione dei parenti del soggetto disabile”;
- Modello All. 3:** “Richiesta permessi di cui all’art. 33 della Legge 104/1992 e s.m.i. (art. 21 – disabilità superiore ai 2/3)”;
- Modello All. 4:** “Richiesta permessi di cui all’art. 33 della Legge 104/1992. Cronoprogramma”.

Al Dirigente scolastico
dell'I.C. "Tommasone - Alighieri"
Lucera (Fg)

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 quest'Istituto in qualità di

Scuola dell'Infanzia Scuola Primaria Scuola Secondaria di 1° grado

con contratto a tempo determinato/indeterminato, 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 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.

Data/...../.....

Firma del dipendente

.....

VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "Tommasone – Alighieri"
Lucera (Fg)

OGGETTO: Richiesta permessi di cui all'art. 33 della Legge 104/1992 e s.m.i.
(Assistenza al parente con disabilità grave)

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

- 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 al punto 3 della Circolare del 3 dicembre 2010 n. 155;
- 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

- la richiesta dei permessi è finalizzata non a far fronte a necessità di tipo assistenziale (aiuto all'igiene, aiuto all'alimentazione, supporto personale), ma solamente ad esigenze di tipo "sanitario";
- 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 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;
2. *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):
3. certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere;
4. 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;
5. 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;
6. nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione;
7. modello all. 2a "Dichiarazione del soggetto disabile";
8. modello all. 2b "Dichiarazione dei parenti del soggetto disabile".

Data/...../.....

Firma del dipendente

.....

VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....

Al Dirigente Scolastico
dell'I. C. "Tommasone – Alighieri"
Lucera (Fg)

DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/La sottoscritt _____ nat a
_____ prov. (____) il _____, residente a
_____ prov. _____ Via _____

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

DICHIARA

- di essere in condizioni di disabilità grave accertata con verbale della Commissione ASL di _____ il _____;
 - (in alternativa) 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 104/92 per se stesso;
 - (in alternativa) di non prestare attività lavorativa;
 - di essere parente di _____ grado del richiedente in quanto _____;
 - di voler essere assistito soltanto dal/la sig./ra _____ nata a _____ prov. _____ il _____
- C.F. _____ e residente in _____

Data/...../.....

FIRMA

Al Dirigente scolastico
dell'I.C. "Tommasone – Alighieri"
Lucera (Fg)

DICHIARAZIONE DEL PARENTE DEL SOGGETTO DISABILE

*documentata impossibilità del coniuge/parente di provvedere all'assistenza per motivi oggettivi
ai sensi dell'art. 7 CCNI concernente la mobilità del personale docente, educativo ed A.T.A. per l'a.s. 2016/2017 -
D.Lgs. n. 105/2022 (ha attuato la direttiva UE n. 2019/1158)*

Il/La sottoscritt _____ nat a
_____ prov. (_____) il _____, residente a
_____ -prov. _____ - Via _____

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

DICHIARA

di essere parente di _____ grado del richiedente in quanto _____;

di non potere assistere il proprio coniuge parente per i seguenti motivi oggettivi:

Data/...../.....

FIRMA

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "Tommasone – Alighieri"
Lucera (Fg)

OGGETTO: Richiesta permessi di cui all'art.33 della Legge 104/1992 e s.m.i.
(art. 21 – disabilità superiore ai 2/3)

Il/La sottoscritto/a
nato/a il.....
in servizio presso la Scuola dell'Infanzia Scuola Primaria Scuola Secondaria di 1° grado
di questa Istituzione scolastica, con completamento presso

CHIEDE

di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992.

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia, dichiara che:

- necessita delle agevolazioni per le esigenze legate alla propria situazione di disabilità come da idonea certificazione medica;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità);
- 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.

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;
- certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto richiedente, se, trascorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) e 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 possibile).

Data/...../.....

Firma del dipendente

.....

VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "Tommasone – Alighieri"
Lucera (Fg)

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 in servizio presso la Scuola dell'Infanzia Scuola Primaria Scuola Secondaria di 1° grado

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 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.

Data/...../.....

Firma del dipendente

.....

VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....