



Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO COMPRESIVO STATALE
MONTALTO UFFUGO – LATTARICO – ROTA GRECA – SAN BENEDETTO ULLANO
Scuola dell'infanzia, Scuola Primaria, Scuola Secondaria di I Grado



United Nations
Educational, Scientific and
Cultural Organization



Istituto Comprensivo Statale
Montalto Uffugo
Lattarico
Rota Greca
San Benedetto U
Member of UNESCO
Associazione ISFIDEA



unicef
per ogni bambino



Registered Exam Centre 67610



AMOPA
Association des Membres de
l'Ordre des Maîtres Académiques

Via Aldo Moro snc - 87046 MONTALTO UFFUGO (CS)
Telefono 0984 - 1525338

COD. MECC.CSIC88700T
COD. FISC. 98078060781
COD. UNIVOCO UFF91Z

E-mail: csic88700t@istruzione.it

Pec: csic88700t@pec.istruzione.it

Web: www.icmontaltouffugocentro.edu.it



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE MONTALTO U.-LATT. ROTA G-S.B.

Prot. 0008115 del 08/09/2023

VII (Uscita)

Montalto Uffugo 08.09.2023

Ai Docenti

Al personale ATA

All'Albo dell'Istituto

Sito web dell'Istituto

Loro Sedi

Oggetto: Fruizione dei permessi di cui alla Legge 104/92 e ss.mm.ii

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Viste le disposizioni normative (L. n. 104/92; L. n. 183/2010 e ss.mm.ii., relative circolari attuative INPS);

Visto il D.Lgs. n. 105/2022;

Al fine di rendere compatibili le richieste di fruizione dei permessi di cui all'oggetto con le esigenze organizzativo-didattiche dell'Istituzione Scolastica,

DISPONE

quanto segue:

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

➤ Conferma dell'istanza presentata nell'anno scolastico precedente

Ogni dipendente è tenuto, secondo le modalità di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 e successive modifiche e integrazioni, a produrre autocertificazione sulla permanenza delle condizioni di fruizione dei permessi di cui all'art. 33, commi 3 o 6, della Legge n. 104/92 relative all'anno scolastico precedente;

➤ Prima istanza

La richiesta di riconoscimento dei benefici di cui alla Legge n. 104/92 e ss.mm.ii. va inoltrata all'Ufficio scrivente (se di titolarità per il dipendente) che provvederà a emettere relativo decreto autorizzativo. La medesima richiesta, per conoscenza, va inoltrata anche al Dirigente scolastico dell'eventuale Istituto di completamento a cui deve essere consegnato successivamente il decreto di riconoscimento dei benefici della Legge n. 104/92.

I soggetti interessati dovranno formalizzare la richiesta dei benefici di cui sopra producendo la seguente documentazione:

1. Apposita dichiarazione sostitutiva, resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 ("Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa"), contenente la sussistenza delle condizioni che legittimano la fruizione delle agevolazioni e cioè 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 (La Legge concede deroghe per interruzione del ricovero a tempo pieno, nel caso in cui il malato abbia necessità di

allontanarsi dalla struttura per sottoporsi a visite e terapie specifiche; ricovero a tempo pieno di un disabile grave in stato vegetativo persistente e/o con prognosi irreversibile a breve termine; ricovero a tempo pieno del malato con necessità di assistenza continua da parte di un familiare, certificata dagli operatori della struttura sanitaria);

- b) La convivenza o meno con l'assistito;
 - c) Il dipendente presta assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni ovvero il dipendente necessita delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità;
 - d) Il dipendente è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
 - e) Il dipendente 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 solo per l'effettiva tutela del disabile;
 - f) Il dipendente si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni
2. Certificazione anagrafica o Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione (Art. 46 D.P.R. n. 445/2000) resa ai sensi di legge, attestante il legame di parentela/affinità con l'assistito o eventuale autocertificazione;
 3. Copia conforme all'originale del verbale della Commissione medica attestante lo stato di "disabilità grave" dell'assistito.

MODALITA' DI FRUIZIONE DEI PERMESSI DI CUI DELLA LEGGE 104/92

Il personale docente può usufruire dei tre giorni di permesso mensile esclusivamente in giorni che sono retribuiti e in giornate non ricorrenti.

Il personale ATA, secondo quanto previsto dall'art. 32 del C.C.N.L. sottoscritto in data 19.04.2018, può usufruire dei tre giorni di permesso mensili anche a ore nel limite massimo di 18 ore mensili.

La Circolare n. 13 del Dipartimento della Funzione Pubblica del 6/10/2010 e la Circolare dell'INPS applicativa della nuova normativa n. 45 dell'1.03.2011, nonché le circolari successive, in riferimento alla modalità di fruizione dei permessi per l'assistenza a disabili in situazione di gravità, afferma che "Il dipendente è tenuto a comunicare al Direttore della struttura di appartenenza, all'inizio di ciascun mese, la modalità di fruizione dei permessi, non essendo ammessa la fruizione mista degli stessi nell'arco del mese di riferimento ed è tenuto altresì a comunicare, per quanto possibile, la relativa programmazione".

Pertanto, al fine di agevolare l'organizzazione della Istituzione scolastica e di consentire una tempestiva pianificazione delle sostituzioni, coloro che fruiranno dei permessi in oggetto sono invitati a produrre una programmazione mensile da presentarsi entro il 30 del mese precedente; per improvvise e improcrastinabili esigenze di assistenza del soggetto disabile resta la possibilità, da parte del dipendente, di modificare la giornata programmata in precedenza per la fruizione del permesso per garantire un'adeguata assistenza al disabile.

Per tutto il personale in caso di necessità e urgenza, la comunicazione di usufruire del permesso può essere comunicata nelle 24 ore antecedenti la fruizione del permesso stesso e, comunque, non oltre l'inizio dell'orario di lavoro del giorno in cui il dipendente usufruisce del permesso.

I permessi eventualmente non fruiti nel corso del mese non possono essere recuperati nel mese successivo. I permessi retribuiti, coperti da contribuzione previdenziale, sono utili a tutti gli effetti e non riducono la tredicesima mensilità.

I permessi orari non sono fruibili per frazioni inferiori ad una sola ora e non possono essere fruiti congiuntamente ad altre tipologie di permesso, né con i riposi compensativi dovuti a prestazioni aggiuntive.

Si rende noto, altresì, alle SS.LL. che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, della Legge n. 102/2009, l'Ufficio scrivente può, ove ne ravvisi i presupposti, chiedere direttamente alla commissione ASL gli accertamenti sulla sussistenza dei requisiti delle condizioni di invalidità e handicap della persona per la quale si chiede di usufruire dei benefici di cui alla Legge n. 104/92.

Le SS.LL. dovranno presentare entro e non oltre il 30 settembre 2023 all'Ufficio personale della segreteria di questa Istituzione scolastica (Assistente Amministrativa Brunella Victor) la richiesta del beneficio di cui all'oggetto.

Si precisa che la relativa modulistica è scaricabile dal sito istituzionale <https://www.icmontaltouffugocentro.edu.it/>.

La Dirigente scolastica
dott.ssa Adele Zinno



A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Adele Zinno", is written over the right side of the official stamp.

Alla Dirigente scolastica
dell'Istituto Comprensivo Statale
Montalto Uffugo – Lattarico- Rota greca – San Benedetto Ullano

Oggetto: Conferma dei requisiti per usufruire dei permessi di cui all'art.33, commi 3 o 6, della Legge 5 febbraio 1992, n. 104.

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a.....Prov. (___) il....., in servizio
presso l'Istituto Comprensivo Statale Montalto Uffugo–Lattarico–Rota greca-San Benedetto Ullano
plesso..... in qualità di.....
con contratto a tempo, avendo presentato nell'anno
scolastico...../..... tutta la documentazione inerente alla fruizione dei permessi di cui alla
Legge 5 febbraio 1992, n. 104, ai sensi e per gli effetti degli art. 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445
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.

Montalto Uffugo/...../.....

Firma del
dipendente

.....

VISTO DELLA DIRIGENTE.....

Oggetto: RICHIESTA BENEFICI LEGGE 5 FEBBRAIO 1992, N.104

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a.....Prov. (___) il....., in servizio
presso l'Istituto Comprensivo Statale Montalto Uffugo–Lattarico–Rota greca-San Benedetto Ullano
plesso..... in qualità di.....
con contratto a tempo,

CHIEDE

- di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 6 della Legge 5 febbraio 1992, n. 104 in quanto persona in situazione di handicap grave;
- la concessione delle agevolazioni previste dalla Legge 5 febbraio 1992, n. 104, art. 33, in qualità di unico referente per l'assistenza a persona con handicap in situazione di gravità. A tal fine, ai sensi del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, artt. 46 e 47, produce le seguenti dichiarazioni sostitutive relative alla sussistenza delle condizioni che legittimano la fruizione delle agevolazioni, consapevole che l'art. 76 del citato DPR prevede che "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso (...) nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia".

Il/La sottoscritto/a, ai sensi degli art.75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i. sotto la propria responsabilità e consapevolezza,

DICHIARA

- di essere unico referente per l'assistenza alla persona di seguito indicata:
Cognome Nome
Luogo e data di nascita Residenza
Domicilio
situazione di handicap grave risultante dal verbale della Commissione Medica, allegato alla presente istanza
- di prestare assistenza nei confronti della persona disabile per la quale sono richieste le agevolazioni e che vi sono altri lavoratori dipendenti che fruiscono delle stesse agevolazioni per la stessa persona in situazione di disabilità grave
- l'altro genitore 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;

DICHIARA

il soggetto in situazione di disabilità grave
Cognome Nome
Luogo e data di nascita
Residenza
Domicilio

non è ricoverato a tempo pieno, con le eccezioni previste al punto 3 della Circolare del 3 dicembre 2010 n. 155;

Il/la sottoscritto/a, pertanto, s'impegna a produrre idonea documentazione medica in caso di situazioni eccezionali, relativamente a:

- ricovero a tempo pieno di disabile in coma vigile e/o in situazione terminale;
 - ricovero a tempo pieno di un minore in situazione di handicap grave per il quale risulti documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare;
 - interruzione del ricovero per necessità del disabile di recarsi fuori della struttura che lo ospita per effettuare visite o terapie.
- che con il soggetto in situazione di disabilità grave di cui in premessa sussiste un rapporto di parentela /affinità di 2° grado ;
- che 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 i genitori affetti da patologia invalidante;

DICHIARA

di essere 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;
 - ❖ le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e che pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- di impegnarsi a comunicare, salvo dimostrate situazioni di urgenza, le assenze con congruo anticipo - se possibile con riferimento all'intero arco temporale del mese - al fine di consentire la migliore organizzazione del servizio.

Allega alla presente la seguente documentazione:

- COPIA CONFORME DEL VERBALE DELL'APPOSITA COMMISSIONE MEDICA di cui all'art. 4, comma 1, della L. 5 febbraio 1992, n. 104, integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. 1° luglio 2009, n. 79, convertito nella legge 3 agosto 2009, n. 102, attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- 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;
- 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;
- Copia di un documento di riconoscimento

Montalto Uffugo/...../.....

Firma del dipendente

Alla Dirigente scolastica
dell'Istituto Comprensivo Statale
Montalto Uffugo – Lattarico- Rota greca – San Benedetto Ullano

Oggetto: Dichiarazione dell'assistito ai sensi della Legge 5 febbraio 1992, n. 104

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a.....prov. il.....,
C.F. residente a.....
in Via..... n.,
ai sensi degli art.75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 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 medica per l'accertamento dell'handicap dell'ASP/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;
- prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 5 febbraio 1992, n. 104 per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente/affine di grado del richiedente in qualità.....;
- di voler essere assistito/a soltanto dal/la Sig./ra..... nato/a.....prov. il..... CF..... e residente a....., in Via

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

Montalto Uffugo/...../.....

Firma del dichiarante

Oggetto: Richiesta permessi art.33, della Legge 5 febbraio 1992, n. 104 - Cronoprogramma

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a.....Prov. (____) il....., in servizio
presso l'Istituto Comprensivo Statale Montalto Uffugo–Lattarico–Rota greca-San Benedetto Ullano
plesso..... in qualità di.....
con contratto a tempo,

COMUNICA CHE

riferimento al mese di _____ dell' anno ____ intende fruire dei permessi mensili previsti

CHIEDE

di poter fruire dei seguenti permessi previsti:

- dall'art. 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, 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 5 febbraio 1992, n. 104, 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 5 febbraio 1992, n. 104 e dall'art. 42 del novellato D. Lgs. 26 marzo 2001, n. 151 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 5 febbraio 1992, n. 104, 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. 26 marzo 2001, n. 151, in quanto lavoratrice madre o, in alternativa, lavoratore padre, genitori anche adottivi, di figlio con handicap in situazione di gravità;

secondo le seguenti modalità ed il seguente calendario:

- GIORNI INTERI, NELLE SEGUENTI GIORNATE (indicare le date in cui si intende fruire dei permessi)
GIORNO/...../.....
GIORNO/...../.....
GIORNO/...../.....
- IN FORMA ORARIA FRAZIONATA, NELLE SEGUENTI GIORNATE ED ORARI (solo per il personale ATA)
(indicare le date in cui si intende fruire dei permessi con la specificazione delle ore richieste).

Il giorno: ____/____/____ dalle _____ alle _____;

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.

Montalto Uffugo/...../.....

Firma

del

dipendente

.....

VISTO DELLA DIRIGENTE.....

Alla Dirigente scolastica
dell'Istituto Comprensivo Statale
Montalto Uffugo – Lattarico- Rota greca – San Benedetto Ullano

Oggetto: Variazione Programmazione mensile permessi L.104/92 art. 33 comma 3 (situazioni di urgenza)

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a.....Prov. (___) il....., in servizio
presso l'Istituto Comprensivo Statale Montalto Uffugo-Lattarico-Rota greca-San Benedetto Ullano
plesso.....in qualità di.....
con contratto a tempo,

CONSIDERATO che in caso di necessità ed urgenza, è possibile presentare una comunicazione di variazione della programmazione mensile, nelle 24 ore precedenti la fruizione del permesso e, comunque, non oltre l'inizio dell'orario di lavoro del giorno in cui il dipendente utilizza il permesso

CONSIDERATO che il fruitore deve documentare adeguatamente la richiesta di variazione;

CHIEDE

ai sensi dell'art.33 comma 3 della legge 5 febbraio 1992 n.104, di poter usufruire del permesso retribuito programmato per il mese di _____per come riportato in tabella :

Data programmata	Data modificata

Montalto Uffugo/...../.....

Firma del dipendente

VISTO DELLA DIRIGENTE.....