

ALL.1

CIRCOLARE N.

10

P.D'Amico 8/9/26

AL PERSONALE DOCENTE

AL PERSONALE ATA

ALL'ALBO ON-LINE DELL'ISTITUTO

e p.c.,

AI D.S.G.A.

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

Alla luce delle recenti disposizioni normative (legge 183/2010 e relative Circolari attuative INPS), 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 DELLA LEGGE 104/92

Conferma dell'istanza presentata nell'a.s. precedente (ALL.2)

Ogni dipendente è tenuto, ai sensi degli art.75 e76 del DPR 445/2000, a produrre autocertificazione sulla permanenza delle condizioni di fruizione dei permessi di cui all'art. 33, commi 3 e 6, della legge 104/92 relative all'a.s. precedente;

Prima istanza (ALL.3)

La richiesta di riconoscimento dei benefici della legge 104/92 e s.m.i. va inoltrata all'istituto di titolarità, che provvederà all'emissione del relativo Decreto. La medesima richiesta, per conoscenza, va inoltrata anche all'eventuale istituto di completamento a cui consegnare successivamente il decreto di riconoscimento dei benefici della legge 104/92;

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 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,

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 DELLA LEGGE 104/92

I permessi di cui all'art. 33, commi 3 e 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 (ALL.4)

Si precisa inoltre che ai sensi della normativa vigente e dell'art. 25 del Contratto Integrativo d'Istituto, 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 improcastinabili esigenze di assistenza del soggetto da assistere. 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 porta a conoscenza del personale scolastico che, ai sensi dell'art.20, comma 3, della legge 102/2009, lo scrivente può, ove ne ravvisasse i presupposti, chiedere direttamente alla commissione ASL gli accertamenti del caso sulla sussistenza dei requisiti o meno 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

ALL.3

Al Dirigente Scolastico
e, p.c.

Al Dirigente Scolastico
(Istituto di completamento)

Oggetto: Richiesta permessi di cui all'art.33 della Legge 104/1992.

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 (comma 6), della legge 104/1992 ai fini

dell'assistenza del Sig./ra _____ nato/a _____ il ____/____/____

C.F. _____ residente a _____ in Via n. _____, 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 e 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;
- ☐ è vedovo/a;
- ☐ è coniugato, ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
- ☐ è coniugato, ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;
- ☐ è stato coniugato, ma il coniuge è deceduto;
- ☐ è separato legalmente o divorziato;
- ☐ è coniugato, 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 consegua 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 ravvisasse i presupposti, chiedere direttamente alla commissione ASL gli accertamenti del caso sulla sussistenza dei requisiti o meno 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 fruite, saranno trasformate in altra tipologia di assenza.

Allega alla presente la seguente documentazione:

1. copia conforme 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.

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 rilasciato dalla competente Commissione Medica ancora 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 dai termini di 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.

IN FEDE

Firma del dipendente

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

io/la sottoscritto/a _____

nato/a 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 relative sanzioni per dichiarazioni false e mendaci,

dichiara

- ☐ di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl 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 di _____ grado del richiedente in qualità _____;
- ☐ di voler essere assistito/a soltanto dal
Sig./ra _____ nato/a _____ il
_____ CF _____ e residente a _____, in Via _____;

Allega alla presente dichiarazione copia del documento di riconoscimento

n. _____ rilasciato da _____ il _____.

IN FEDE

Firma

ALL.6

DECRETO N. _____

Oggetto: Decreto di concessione dei permessi di cui alla Legge 104/92 e s.m.i.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

- ☐ Visto l'articolo 23, comma _____, della Legge 104/92 e s.m.i.;
- ☐ Visto l'articolo 20 della Legge 53/2000;
- ☐ Vista la circolare INPS 90/2007;
- ☐ Vista la legge n. 183 del 04.11.2010;
- ☐ Vista la circolare INPS n. 155/2010;
- ☐ Vista la circolare INPS n. 45/01.03.2011;
- ☐ Vista la richiesta prodotta dal/dalla Sig/Sig.ra _____, nata a _____, il _____, e residente in _____, Via _____ n. _____, in servizio presso questa istituzione scolastica in qualità di _____ intesa ad ottenere i benefici di cui alla Legge 104/92;
- ☐ Esaminata la documentazione prodotta dall'interessato e depositata agli atti di quest'ufficio (prot. n. _____ del _____);
- ☐ Verificata la legittimità della richiesta di cui in premessa inerente la fruizione dei permessi di cui alla legge 104/92;

DECRETA

Al/alla Sig/Sig.ra. _____
nato/a il _____ a _____ Provincia (____),
in servizio presso questo istituto in qualità di _____
con contratto a tempo determinato/indeterminato, e completamento presso _____

è riconosciuto

il beneficio previsto dalla normativa citata in premessa per n.3 giorni mensili per assistere il/la _____ nato/a _____ il _____
e residente a _____ alla Via _____ n. _____

Il presente decreto ha la validità per l'anno scolastico 2026/2027. Il richiedente s'impegna a comunicare entro 30 gg all'amministrazione 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).

Ai sensi dell'art.20, comma 3 della legge 102/2009, la presente amministrazione può, ove ne riavvisasse i presupposti, chiedere direttamente alla commissione ASL gli accertamenti del caso sulla sussistenza dei requisiti o meno delle condizioni di invalidità ed handicap della persona per la quale si chiede di usufruire dei benefici di cui alla Legge 104/92. In virtù di quanto previsto dall'art.43 del DPR 28.12.2000 n. 445 s.m.i. l'amministrazione si riserva di verificare d'ufficio la veridicità della dichiarazione rese.

Avverso il presente provvedimento, ai sensi dell'art.14 del DPR 275 dell'08.03.1999 e s.m.i. è ammesso reclamo entro 15 giorni dall'affissione all'albo. Decorso tale termine il presente provvedimento diventa definitivo e può essere impugnato attraverso ricorso al giudice del lavoro.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
PROF.SSA RUBINACCI TIZIANA

ALL.4

Al Dirigente Scolastico

Oggetto: Richiesta permessi art.33, Legge104/1992. Cronoprogramma.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ in servizio presso quest' Istituto in qualità di _____

a tempo determinato/indeterminato

chiede

di poter fruire dei 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 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.

IN FEDE

Firma del dipendente

ALL.2

Al Dirigente Scolastico

Oggetto: conferma dei requisiti per usufruire dei permessi di cui all'art.33, commi 3 e 6, della Legge 104/1992.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ in servizio presso quest' Istituto in qualità di _____
a tempo determinato/indeterminato, avendo presentato nel
decorso anno scolastico ____/____ tutta la documentazione inerente la fruizione dei permessi di cui alla
legge 104/92, ai sensi e per gli effetti degli art.75 e 76 del DPR 445/2000 relativo alle dichiarazioni mendaci,

dichiara

sotto la propria responsabilità che la predetta situazione non ha subito variazioni e che pertanto ha diritto a
fruire dei permessi in esame.

_____/_____/____/____

IN FEDE

Firma del dipendente