



ISTITUTO COMPRENSIVO “FILIPPO SANTAGATA”



Via E. Fermi, 81030 Gricignano di Aversa (CE)
Tel/Fax 081 5028137 - Fax 081 5028980
C.F. 90035490615 - Cod. Mecc. CEIC8AH008
E-mail ceic8ah008@istruzione.gov.it
pec: ceic8ah008@pec.istruzione.it
Sito Web: www.icgricignanodiaversa.edu.it



I.C. "FILIPPO SANTAGATA"
GRICIGNANO DI AVERSA (CE)
Prot. 0005943 del 16/09/2022
VII (Uscita)

Al personale in servizio

per l'A.S. 2022/2023

Albo on line/sito web/atti

Oggetto: Comunicazione predisposizione nuova modulistica per richiesta permessi ai sensi della L.104/92

Con la presente si comunica che è stata predisposta la nuova modulistica per richiedere i permessi ai sensi della legge di cui all'oggetto.

Si allega modello scaricabile sul sito www.icgricignanodiaversa.edu.it area documenti.

Il Dirigente Scolastico

Dott.ssa Loredana Russo

Documento firmato digitalmente ai sensi del c.d. Codice dell'Amministrazione Digitale e normativa connessa.

Oggetto: Domanda di permesso retribuito per assistenza a soggetto portatore di handicap grave (Legge 104/92). DOCENTI

Scuola Infanzia Lorenzini Scuola Infanzia Pascoli Scuola Primaria Santagata
 Scuola Primaria Pascoli Scuola Secondaria I grado Pascoli

_____ sottoscritt _____ nat _____ il _____
a _____ (prov. _____), in servizio presso codesta Istituzione Scolastica,
in qualità di Docente ,con contratto di lavoro a t. indeterminato t. determinato,

in applicazione dell'art. 33 della Legge 5/2/1992 , n. 104 , come modificato dall'art. 21 del D.L. 27/8/1993 , n. 324 , convertito con
modificazioni in Legge 27/10/1993, n. 423 , nonché dall'art. 3 comma 38, della Legge 24/12/1993, n. 537 e dall'art. 20 della Legge
8/3/2000, n. 53 nonchè del D.Lgs. 105/ 2022,

DICHIARA

- Di essere il referente unico;
 Di usufruire del congedo, alternativamente, a __ sequent__ avente/i diritto _____
 Che l'/gli altro/altri beneficiario/i ha/hanno usufruito per il mese in corso di n. giorni _____, pertanto

CHIEDE

di usufruire di giorni n. _____ di PERMESSO RETRIBUITO per assistere il soggetto in situazione di handicap
grave _____, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale.

(* N.B. arco temporale del mese):

- 1) il ____/____/____
- 2) il ____/____/____
- 3) il ____/____/____

Gricignano di Aversa, _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Dott.ssa Loredana Russo)

* (N.B.): Le disposizioni applicative della nuova normativa (Circolare 13/2010 del Dipartimento della Funzione Pubblica) prevedono che i lavoratori beneficiari di cui all'art. 33 della Legge 104/1992, come novellato dall'art. 24 della Legge 183/2010, siano tenuti a comunicare al Dirigente competente i giorni di assenza a tale titolo con congruo anticipo e se possibile con riferimento all'arco temporale del mese, al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività amministrativa, salvo dimostrate situazioni di urgenza. In assenza di altre indicazioni si ritiene di quantificare il congruo anticipo necessario alla comunicazione della fruizione in almeno 5 giorni ed si invitano gli interessati, ove possibile, a produrre pianificazioni mensili, rivedibili in dimostrate situazioni di urgenza.

Oggetto: Domanda di permesso retribuito per assistenza a soggetto portatore di handicap grave (Legge 104/92). ATA

Scuola Infanzia Lorenzini Scuola Infanzia Pascoli Scuola Primaria Santagata
 Scuola Primaria Pascoli Scuola Secondaria I grado Pascoli

_____ sottoscritt _____ nat _____ il _____
a _____ (prov. _____), in servizio presso codesta Istituzione Scolastica,
in qualità di Coll.scol. Ass. Amm. A.T. , con contratto di lavoro a t. indeterminato t. determinato,

in applicazione dell'art. 33 della Legge 5/2/1992 , n. 104 , come modificato dall'art. 21 del D.L. 27/8/1993 , n. 324 , convertito con
modificazioni in Legge 27/10/1993, n. 423 , nonché dall'art. 3 comma 38, della Legge 24/12/1993, n. 537 e dall'art. 20 della Legge
8/3/2000, n. 53 nonchè del D.Lgs. 105/ 2022,

DICHIARA

- Di essere il referente unico;
 Di usufruire del congedo, alternativamente, a __ sequent__ avente/i diritto _____
 Che l'/gli altro/altri beneficiario/i ha/hanno usufruito per il mese in corso di n. giorni _____, pertanto

CHIEDE

di usufruire di giorni n. _____ di PERMESSO RETRIBUITO per assistere il soggetto in situazione di handicap
grave _____, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale.

(* N.B. arco temporale del mese):

- 1) il ____/____/____
- 2) il ____/____/____
- 3) il ____/____/____

Gricignano di Aversa, _____

VISTO : IL D.S.G.A.

Dott.ssa Antonietta Verde

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Dott.ssa Loredana Russo)**

* (N.B.): Le disposizioni applicative della nuova normativa (Circolare 13/2010 del Dipartimento della Funzione Pubblica) prevedono che i lavoratori beneficiari di cui all'art. 33 della Legge 104/1992, come novellato dall'art. 24 della Legge 183/2010, siano tenuti a comunicare al Dirigente competente i giorni di assenza a tale titolo con congruo anticipo e se possibile con riferimento all'arco temporale del mese, al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività amministrativa, salvo dimostrate situazioni di urgenza. In assenza di altre indicazioni si ritiene di quantificare il congruo anticipo necessario alla comunicazione della fruizione in almeno 5 giorni ed si invitano gli interessati, ove possibile, a produrre pianificazioni mensili, rivedibili in dimostrate situazioni di urgenza.

Domanda di ammissione ai permessi art. 33 L. 104/92

(per: genitori - coniuge - parenti/affini entro il 2° grado di portatore di handicap grave e 3° grado solo nei casi individuati dalla Legge)

Al Dirigente Scolastico
dell' I.C. "F. SANTAGATA"
di Gricignano di Aversa (CE)

Il/La sottoscritto/a _____

residente a _____ in qualità di _____

in servizio presso questo Istituto con contratto a tempo:

- indeterminato full-time part-time
 determinato dal _____ al _____

C H I E D E

di fruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, L. 104/92

- ad ore a giorni per poter assistere:

Cognome e nome _____ **rapporto di parentela** _____

Data di nascita _____ Comune di nascita _____ Provincia _____

C.F. _____ residente a _____

(se non convivente indicare indirizzo completo del portatore di handicap) distanza

chilometrica tra le due abitazioni Km. _____

(Se superiore a 150 Km. dimostrare alla propria Direzione l'assistenza con titolo di viaggio o simili).

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:**

- il disabile è in vita;
- l'accertamento dell'handicap è **IRRIVEDIBILE** **RIVEDIBILE**
- il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata (eccezioni indicate al punto 5 della Circ. Min. Funzione Pubblica n. 13/2010);
- di essere il referente unico quale punto di riferimento di tutta l'attività di assistenza al disabile e nessun' altro soggetto beneficia dei permessi per lo stesso persona in situazione di disabilità grave;**
- di non essere il referente unico, pertanto usufruirà dei permessi per l'attività di assistenza al disabile, alternativamente al/ai seguente/i avente/i diritto :**

NOME _____ **COGNOME** _____ **DATA** _____ **LUOGO NASCITA** _____

In servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti)

_____ tel/ _____ mail _____

NOME _____ **COGNOME** _____ **DATA** _____ **LUOGO NASCITA** _____

In servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti)

_____ tel/ _____ mail _____

- 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;
- è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno, morale oltre che giuridico, a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- si impegna a comunicare tempestivamente 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).
- Solo per dare assistenza a familiari di 3°:
 - il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di 3° grado:
 - è coniugato;
 - coniugato/a;
 - è vedovo/a;
 - è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
 - è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidanti;
 - è stato coniugato ma il coniuge è deceduto, 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 i genitori affetti da patologia invalidante.

Si allega:

- copia certificato ASL competente, attestante lo stato di "disabilità grave" in capo al soggetto che necessita di assistenza, ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92 (in originale o copia autentica);
- autodichiarazioni a supporto del ruolo di Referente unico o non Referente unico ;
- dichiarazione dell' altra persona che beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave, alternativamente al sottoscritto/a, nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i beneficiari;
- ulteriore documentazione a supporto delle dichiarazioni rese nella domanda (es. patologie invalidanti):

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445/2000, la presente dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto o inviata all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato oppure a mezzo posta, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante.

I dati sopra riportati sono acquisiti esclusivamente per la concessione del permesso richiesto e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003; il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto. I dati non verranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione.

L'interessato ha diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati e la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dai dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali. In caso di opposizione, si cesserà di dar corso al beneficio richiesto.

Gricignano di Aversa, _____

Per presa visione

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ E CONSAPEVOLEZZA

(Circolare Dipartimento Funzione Pubblica n. 13/2010)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____ prov. di _____

residente a _____ in Via _____ n° _____

consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità;

DICHIARA

- che 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;
- che 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 dei disabile;
- che si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni;
- che è consapevole che il diritto alla fruizione dei permessi, ai sensi del D.Lgs 105/2022, può essere riconosciuto al sottoscritto/a e/o, alternativamente, ad altro/i soggetto/i previsto/i dalla legge, per l'assistenza alla stessa persona con handicap in situazione di gravità, nel limite massimo mensile di 3 giorni complessivi tra i beneficiari.
- Gricignano di Aversa, _____

Il dichiarante

INFORMATIVA (art. 13 D.Lgs. 196/2003)

L'Istituto Comprensivo di Gricignano di Aversa, informa che il trattamento a cui saranno sottoposti i dati richiesti o acquisiti è diretto esclusivamente all'assolvimento da parte della scuola medesima delle finalità che le competono istituzionalmente, nel rispetto del D.Lgs. 196/2003. Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico.

Il sottoscritto _____ dichiara il proprio assenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti, ai sensi del D.Lgs. 196/2003.

Gricignano di Aversa, _____

Firma _____