



# ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "Rita Levi Montalcini"

88054 – SERSALE C.M. CZIS01100L C.F 97061370793

LICEO SCIENTIFICO – 88054 SERSALE VIA C. BORELLI 3^ TRAV. TEL. 0961/936806 – CZPS011013

IPSASR – 88054 SERSALE VIA ROMA TEL/FAX 0961/967187 - CZRA01102N - CZRA011523 (Serale)

IPSCEOA BOTRICELLO VIA NAZIONALE TEL. FAX 0961/966661 CZRC01101G CZRC011511 (Serale)

IPSEOA TAVERNA Via 1° MAGGIO TEL/FAX 0961/924833 - CZRH01101R

E-MAIL: CZIS01100L@ISTRUZIONE.IT PEC: CZIS01100L@PEC.ISTRUZIONE.IT Sito internet: [www.is-sersale.edu.it](http://www.is-sersale.edu.it)

Prot. n. 6067-VII.4

Sersale, 12/09/2019

## AVVISO

Al Personale Docente

Al personale ATA

Loro Sedi

### OGGETTO: FRUIZIONE DEI PERMESSI DI CUI ALLA LEGGE 104/92.

Alla luce delle 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.

#### A) CONFERMA DELL'ISTANZA PRESENTATA NELL'A.S. PRECEDENTE.

Ogni dipendente interessato 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 relative all'a.s. precedente. Pertanto, il dipendente che ha già fruito, nel precedente anno scolastico, dei permessi di cui all'art. 33 della L. n.104 del 1992, è cortesemente invitato a dichiarare, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 2000, il permanere della situazione di fatto e di diritto che legittima la fruizione dei permessi anche nell'anno scolastico in corso. L' autocertificazione può essere presentata secondo il modello allegato (all. 1).

#### B) PRIMA ISTANZA

Il dipendente di questa amministrazione che volesse legittimare il proprio diritto a fruire dei permessi di cui all'art. 33, comma 3, della L. n.104 del 1992 per se stessi o per assistere persone in situazione di handicap grave, dovrà presentare apposita istanza per la fruizione di tali agevolazioni ed ha l'onere di dimostrare la sussistenza dei presupposti di legittimazione attraverso la produzione dell'idonea documentazione. Successivamente, questa dirigenza, nei termini previsti dalla normativa vigente, provvederà ad emettere apposito DECRETO valevole per l'a.s. in corso.

#### Documenti da presentare:

- Richiesta di essere ammesso alla fruizione del beneficio retribuito + documento di riconoscimento (all. 2)

- copia conforme all'originale del verbale della Commissione medica dal quale risulti l'accertamento della situazione di handicap grave oppure della copia conforme all'originale del verbale della Commissione medica attestante lo stato di 'disabilità

- dichiarazione del soggetto disabile con relativo documento di riconoscimento (all. 3) - eventuale dichiarazione degli altri componenti il nucleo familiare del soggetto in situazione di disabilità grave con i relativi documenti di riconoscimento (all. 4)

- Dichiarazione di responsabilità inerente alla richiesta fruizione dei permessi di cui alla legge 104/92. (all. 5)

Sersale, 12 Settembre 2019

Il Dirigente Scolastico

Cristina LUPIA

Resp. Procedimento: DS Cristina Lupia

**All. 1**

AI DIRIGENTE SCOLASTICO DELL'IIS- Sersale

**OGGETTO: Conferma dei requisiti per usufruire dei permessi di cui all'art.33, commi 3 o 6, della Legge104/1992.**

Il/La sottoscritto/a.....

nato/a..... il .....

in servizio presso quest' Istituto in qualità di.....  
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.

....., ...../...../.....

Firma del dipendente

.....

## Al. 2

Al DIRIGENTE SCOLASTICO DELL'IIS- Sersale

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_,  
in servizio presso codesta Istituzione scolastica, consapevole  
che la fruizione del diritto può essere riconosciuta, per l'assistenza alla stessa persona con handicap in  
situazione di gravità, ad un solo lavoratore dipendente, chiede alla S.V. ai sensi dell'art. 33 della  
Legge 104/1992, di essere ammesso alla fruizione del beneficio retribuito di 3 giorni mensili, quale  
unico referente per l'assistenza del proprio familiare, come accertato dalla Commissione Medica di  
\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_,  
sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ con il quale è nella seguente  
relazione di parentela \_\_\_\_\_, portatore di handicap in situazione di gravità,  
riconosciuta ai sensi dell'art.4 della Legge sopra citata.

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:

- nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- 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;
- 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;
- il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno, con le eccezioni previste dalla Legge 183/2010 e dal punto 3 della circolare INPS del 3 dicembre 2010 n. 155;
- si impegna a comunicare tempestivamente 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)

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 in capo al soggetto che necessita di assistenza.
- 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.
- copia documento di riconoscimento del soggetto in situazione di disabilità grave
- dichiarazione di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, l. 104/92 degli altri componenti il nucleo familiare del soggetto in situazione di disabilità grave e relativi documenti di riconoscimento
- Dichiarazione di responsabilità inerente alla richiesta fruizione dei permessi di cui alla legge 104/92.

Assume, per la migliore organizzazione dell'attività lavorativa, formale impegno di comunicare, con congruo preavviso, le richieste di permesso riferite, ove possibile, all'intero mese di fruizione.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

In Fede \_\_\_\_\_

**All. 3**

**DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE  
(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)**

Il/la sottoscritt..... nato/a  
a ..... il .....residente  
in..... prov.....

via/piazza..... cap.....,  
C.F. .... consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del  
D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e s.m.i., per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti  
falsi, dichiara:

- di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl  
di..... il.....;
- 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 quanto.....;
- di voler essere assistito/a soltanto dal Sig./ra.....nato/a a  
.....il.....CF.....e residente a  
.....

Allega alla presente dichiarazione copia del documento di riconoscimento

.....,

Firma .....

**All. 4**

**DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE DEL  
SOGGETTO IN SITUAZIONE DI DISABILITÀ GRAVE**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

(specificare la relazione di parentela o affinità) \_\_\_\_\_ , di/della  
Sig./ra \_\_\_\_\_

DICHIARANO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ ai sensi della legge n° 15/68 e DPR  
445/2000 di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, l. 104/92 e di non averne beneficiato in  
precedenza.

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

Firme

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(all. 5)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELL'IIS -Sersale

**Oggetto: Dichiarazione di responsabilità inerente alla richiesta fruizione dei permessi di cui alla legge 104/92.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ in servizio presso quest'Istituzione Scolastica in qualità di \_\_\_\_\_ avendo inoltrato istanza di richiesta relativa ai permessi di cui alla legge 104/1992 e s.m.i., essendo stato posto a conoscenza degli art.75 e 76 del DPR 445/2000 e s.m.i. relativi alle dichiarazioni mendaci e che lo stesso datore di lavoro può procedere ad accertare la veridicità e il persistere dei requisiti che danno luogo al beneficio

#### DICHIARA

Sotto la propria responsabilità di impegnarsi a comunicare entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento, le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate nel modello di richiesta, con particolare riferimento a: 1. eventuale ricovero a tempo pieno del soggetto disabile in condizione di gravità; 2. revoca del giudizio di gravità della condizione di disabilità da parte della Commissione medica di cui all'articolo 4 comma 1 legge 104 del 1992 e successive modificazioni, integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1 del decreto legge n. 78 del 1° luglio 2009 convertito nella legge n. 102 del 3 agosto 2009; 3. modifiche ai periodi di permesso richiesti; 4. eventuale decesso del disabile.

\_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_