



Ministero dell'Istruzione



UNIONE EUROPEA

Fondo sociale europeo  
Fondo europeo di sviluppo regionale



# Scuola Secondaria Statale di I grado ad Indirizzo Musicale "A. INVEGES"

Via Alcide De Gasperi, 8/A - 92019 SCIACCA (AG) - Tel. 0925 21331

Codice MIUR: AGMM054009 - Codice Fiscale 83001110846 - Codice UNIVOCO: UFC2HJ

E-mail: agmm054009@istruzione.it - PEC: agmm054009@pec.istruzione.it - Sito web: www.inveges.edu.it

Circolare n. 30

Sciacca, 16/09/2022

SMS - "A. INVEGES"-SCIACCA  
Prot. 0008390 del 16/09/2022  
VII (Uscita)

AL PERSONALE DOCENTE  
AL DSGA  
AL PERSONALE ATA  
ALBO/ SITO  
ATTI

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

**Presentazione istanze entro e non oltre il 22/09/2022**

**Visto** l'art. 33 della L. 104/92, come novellato dall'art. 24 della Legge 183/2010;

**Vista** la Circolare 13/2010 del Dipartimento della Funzione Pubblica (art. 7 – ultimo comma);

**Visto** il CCNL/Scuola 29/11/2007 e 2016/2018

**Vista** la Circolare n. 45 dell'INPS dell'1 marzo 2011 e succ.

**Al fine** di contemperare le esigenze di organizzazione del lavoro con il diritto ai permessi derivanti dall'articolo 33 della Legge 104/1992

**Visto** il D.Lgs n.105 del 30 giugno 2022,

si forniscono le seguenti direttive:

## **PRESENTAZIONE ISTANZA DI RICONOSCIMENTO DEI BENEFICI**

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 inoltrata anche all'eventuale istituto di completamento a cui deve essere consegnato successivamente il decreto di riconoscimento dei benefici della Legge 104.

## DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE

- a) Il dipendente che abbia prestato servizio nell' Istituto nell' anno precedente ed abbia usufruito già dei permessi in oggetto, la cui documentazione non sia stata oggetto di modifica/revisione alcuna (es. nuovo verbale medico a seguito di rivedibilità, sostituzione del referente unico di assistenza...) deve presentare, debitamente compilata, la domanda " **Rinnovo autorizzazione permessi art.33-L.104/1922**".
- b) Il dipendente che non abbia ancora depositato agli atti dell' Istituto documentazione alcuna o che abbia modificato lo status rispetto all' anno precedente, deve formalizzare la richiesta dei benefici di cui sopra producendo la seguente documentazione:
- Domanda in carta semplice, nella quale dichiarare, tra l'altro, 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 in qualità di referente unico ovvero che altro familiare entro il secondo grado ne beneficia ai sensi del D.Lgs 105/2022;*
    - c) *la convivenza o meno con l'assistito;*

e alla quale allegare:

- a) *autocertificazione attestante il legame di parentela/affinità con l'assistito o eventuale autocertificazione;*
- b) *copia conforme all'originale del verbale della Commissione medica attestante lo stato di "disabilità grave" dell'assistito( art.3-c.3);*
- c) *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/i familiari che debba/ debbano prestare l'assistenza prevista dalla legge.*

## MODALITA' DI FRUIZIONE DEI PERMESSI DI CUI DELLA 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 possibilmente non ricorrenti;
- comunicati, salvo improvvise esigenze, almeno 5 giorni prima della fruizione;

## RICHIESTA DEI PERMESSI

Si precisa inoltre che, ai sensi della normativa vigente, tutto il personale che fruirà dei permessi è tenuto a comunicare all' amministrazione la richiesta del giorno di permesso almeno **5 giorni prima**. Nel caso di improvvise ed improcrastinabili esigenze, con dichiarazione scritta sotto la propria responsabilità, il lavoratore potrà rimodulare/annullare la richiesta già fatta precedentemente, dandone comunicazione con congruo anticipo, al fine di consentire l'organizzazione dei servizi e garantire il buon funzionamento dell'amministrazione.

Si porta a conoscenza del personale scolastico che, 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.

Si coglie l'occasione, inoltre, per informare che l'Istituzione scolastica, come ogni

Amministrazione Pubblica, è tenuta a comunicare al Dipartimento della Funzione Pubblica tutte le giornate fruita a tale titolo da ciascun lavoratore, essendo autorizzata per disposizione espressamente prevista dalla sopra citata normativa, al trattamento di tali dati sensibili e alla loro conservazione per un periodo massimo di gg. 30 dall'invio.

Infine, si ricorda che il Dirigente potrà procedere, tramite le forze dell'ordine o gli Enti competenti, ai sensi della legge 445/2000, alle verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive.

**Si allegano alla presente i seguenti documenti:**

- Richiesta benefici L.104/1992 – art. 33 (e successive modificazioni);
- Rinnovo autorizzazione permessi L. 104/1992 – art. 33;
- Dichiarazione degli altri componenti il nucleo familiare del disabile (in caso di referente unico);
- Dichiarazione di altro componente il nucleo familiare del disabile entro il secondo grado di parentela (in caso di condivisione dell'assistenza e dei benefici);
- Autorizzazione/non autorizzazione del Ds alla fruizione dei benefici previsti dalla L. 104/1992 (e successive modificazioni e norme);
- Individuazione del referente unico (ovvero dei referenti) per l'assistenza e dichiarazione del soggetto disabile.



Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Maria Angela Croce

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni in qualità di:

- genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;
- genitore della persona disabile di età superiore a tre anni;
- parente, affine o coniuge entro il 2° grado di una persona con disabilità;
- disabile lavoratore richiedente i permessi.

-di voler fruire dei permessi :

- tre giorni al mese ;
- due ore al giorno dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ (nel limite di 36 ore al mese **per il personale ATA**)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(Artt. 46 e 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa — D.P.R. 28/12/2000, n° 445)

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

**DICHIARA**

che l'ASL di \_\_\_\_\_, nella seduta del \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, ha riconosciuto la gravità del l'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992), di:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Grado di parentela <sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
(data adozione/affido) \_\_\_\_\_ data e luogo di nascita \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_, in Via/Piazza \_\_\_\_\_

come risulta dalla certificazione che si allega.

- di prestare una assistenza sistematica ed adeguata alla persona sopra indicata;
- che la persona per la quale vengono richiesti i permessi e tutt'ora in vita e non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati.

che nessun altro familiare del disabile beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap (si allegano dichiarazione di tutti i congiunti del disabile): referente unico;  
oppure

che l'altro genitore/altro genitore o affine entro il 2° beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori/altro parente (si allega dichiarazione di responsabilità dell'altro genitore/altro parente);

di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impiego - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;

di essere 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;

di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa — D.P.R. 28/12/2000, n° 445.

Il /La Dichiarante

Sciacca, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**AVVERTENZA:** il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

**RINNOVO AUTORIZZAZIONE**  
**PERMESSI ART. 33 LEGGE 104/92**

**Al Dirigente Scolastico**  
della Scuola Sec. I° gr. "A. Inveges"  
Siacca(AG)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di \_\_\_\_\_  
nel chiedere il rinnovo dell'autorizzazione a fruire dei permessi di cui alla legge 104/92 concessi dal Dirigente nell'a.s. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ consapevole delle responsabilità, di natura anche penale, che potrebbero derivare in caso di dichiarazioni non  
veritiere, di formazione oppure di uso di atti contenenti dati non più rispondenti a verità

**DICHIARA**

che l'ASL di \_\_\_\_\_, nella seduta del \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, ha riconosciuto la gravità  
dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992), di:  
Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Grado di parentela' \_\_\_\_\_  
(data adozione/affido) \_\_\_\_\_ data e luogo di nascita \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ e che non ha  
proceduto a rettificare o modificare il giudizio sulla gravità dell'handicap del disabile;

di prestare una assistenza sistematica ed adeguata alla persona sopra indicata;

che la persona per la quale vengono richiesti i permessi è tutt'ora in vita e non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati.

che nessun altro familiare del disabile beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap;

*oppure*

che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di 3  
giorni complessivi tra i due genitori (si allega dichiarazione di responsabilità dell'altro genitore);

di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle  
agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impiego - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di  
assistenza;

di essere 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;

di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente  
dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt.  
71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa — D.P.R. 28/12/2000, n°  
445.

Il/la Dichiarante

Sciacca, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**AVVERTENZA:** il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del  
provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE DEL DISABILE  
(IN CASO DI REFERENTE UNICO)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
in relazione di parentela o affinità (entro il secondo grado) \_\_\_\_\_ con il Sig./ra  
\_\_\_\_\_ familiare disabile,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

ai sensi della legge n. 15/68 e DPR 445/2000 di non essere nelle condizioni di prestare assistenza  
continuativa al familiare disabile per i seguenti motivi: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, l. 104/92 e di non averne beneficiato in  
precedenza.

Sciaca, \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_



Ministero dell'Istruzione



UNIONE EUROPEA  
Fondo sociale europeo  
Fondo europeo di sviluppo regionale



# Scuola Secondaria Statale di I° grado ad Indirizzo Musicale "A. INVEGES"

Via Alcide De Gasperi, 8/A - 92019 SCIACCA (AG) - Tel. 0925 21331

Codice MIUR: AGMM054009 - Codice Fiscale 83001110846 - Codice UNIVOCO: UFC2HJ

E-mail: agmm054009@istruzione.it - PEC: agmm054009@pec.istruzione.it - Sito web: www.inveges.edu.it

Prot. n.

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**VISTA** l'istanza acquisita agli atti della Scuola con prot. n. ....del.....e  
relativa documentazione;

**AUTORIZZA**

**NON AUTORIZZA**

l'Ins.te/ Sig./ra.....nato/a a.....il....., in servizio presso questa  
Istituzione Scolastica, alla fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/92, art. 33 e successive  
modificazioni, della circolare n.8/2008 della Funzione Pubblica (ulteriori chiarimenti sulla L.n. 133 del  
2008) e del Decreto Lgs.n.105/2022

Motivi eventuale diniego:

---

---

---

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
Prof.ssa Maria Angela Croce

MODELLO DICHIARAZIONE DI INDIVIDUAZIONE DEL REFERENTE UNICO/REFERENTI PER L' ASSISTENZA DATI  
E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Prov \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ (Prov \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ) via/piazza \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, 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/affine di 2° grado del Sig./ra.....

in quanto.....(in caso di referente unico) e del/della Sig./ra.....in quanto.....( in caso di assistenza condivisa)

di voler essere assistito(in caso di referente unico)dal/dalla Sig./ra.....nato/a

a .....prov.....C.F. ....

e residente a ..... ( Prov).....

o, in caso di assistenza condivisa, anche dal/dalla Sig./ra..... nato/a

a .....prov.....C.F.....e residente a.....

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

**DICHIARAZIONE DI ALTRO COMPONENTE  
IL NUCLEO FAMILIARE DEL DISABILE  
(in caso di condivisione dell'assistenza e dei benefici)**

La/il sottoscritta/o..... nata/o a ..... prov.....  
il .....in relazione di parentela o di affinità entro il secondo grado con la  
Sig.ra/Sig....., familiare del disabile .....

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, ai sensi della Legge n°15/1968 e del DPR 445/2000 di  
prestare assistenza continuativa al familiare disabile, condividendo la stessa assistenza  
nonché i benefici previsti dall' art. 33, c.1, L. 104/1992 con la/ il Prof. ssa/  
Prof.....o Sig.ra/ Sig..... in servizio presso la Scuola  
Secondaria di 1° Grado "Agostino Inveges" \_ Sciacca.

Sciacca, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_