



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO

Istituto Comprensivo

FRANCESCO MINA' PALUMBO

CASTELBUONO - ISNELLO (PA)



C.F. 82000530822 - Cod. Mecc. PAIC8AH003 - C.A.P. 90013 CASTELBUONO (PA) - Via Sandro Pertini n. 40

Circ.n.1

I.C.S. - "F.SCO MINA' PALUMBO"-CASTELBUONO
Prot. 0007131 del 03/09/2024
VII (Uscita)

AL PERSONALE DOCENTE
AL PERSONALE ATA
e p.c. Al 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;

La 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) il novellato art.33, comma 3, della legge 104/1992 stabilisce che, fermo restando il limite complessivo di 3 giorni, per l'assistenza allo stesso individuo con disabilità in

Sede Presidenza e Uffici di Segreteria: Via M, Snc Traversa di Via Mazzini – Tel. 0921 673949

Sito web: www.icsminapalumbo.it

Pec:paic8ah003@pec.istruzione.it – e.mail:paic8ah003@istruzione.it



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO

Istituto Comprensivo

FRANCESCO MINA' PALUMBO

CASTELBUONO - ISNELLO (PA)



C.F. 82000530822 - Cod. Mecc. PAIC8AH003 - C.A.P. 90013 CASTELBUONO (PA) - Via Sandro Pertini n. 40

situazione di gravità, il diritto può essere riconosciuto, su richiesta, a più soggetti tra quelli aventi diritto, che possono fruirne in via alternativa tra loro; 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, supportopersonale), ma solamente per necessità di tipo 'sanitario';

CRONOPROGRAMMA DEI PERMESSI (ALL.4) (da inviare tramite il portale Scuolanext- richieste generiche)

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 improcrastinabili 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 fa presente che oltre al **CRONOPROGRAMMA**, le richieste per i singoli giorni vanno inviate tramite Scuolanext.

Si porta a conoscenza del personale scolastico che, ai sensi dell'art.20, comma 3, della legge 102/2009, la 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.

Si allegano alla presente i modelli di interesse.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. ssa Antonella Cancila

ALL.2

Al Dirigente Scolastico

Oggetto: conferma dei requisiti per usufruire dei permessi di cui all'art.33, commi 3 e 6, della Legge104/1992.

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

ALL.3

Al Dirigente Scolastico
e, p.c.
Al Dirigente Scolastico
(Istituto di completamento)

Oggetto: Richiesta permessi di cui all'art.33 della Legge104/1992.

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;
- un altro familiare Sig./ra _____ C.F. _____, non dipendente/ dipendente presso _____, beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso familiare con disabilità grave alternativamente al sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due familiari;
- 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 i 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 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;

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: 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

Oggetto: dichiarazione dell'assistito ai sensi della Legge104/1992.

Il/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