



Gerace, 09/09/2025

CIRCOLARE n° 6

Protocollo (segatura)

Agli Atti
Al Personale Docente
Al Personale ATA
Sito WEB

Oggetto: RICHIESTA FRUIZIONE PERMESSI LEGGE 104/92- A.S. 2025/2026

Con riferimento alle disposizioni normative e alle circolari attuative INPS, al fine di regolamentare quanto in oggetto si comunicano le seguenti direttive:

Ogni dipendente docente o ATA tenuto a presentare richiesta di riconoscimento dei benefici di cui alla legge 104/1992 per l'ammissione ai permessi ex art. 33 legge 104/92.

In particolare:

✓ **Conferma dell'istanza presentata nell'annoscolastico 2024/2025**

Ogni dipendente docente o ATA è tenuto 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 (*compilare modulo allegato*);

✓ **Prima istanza-Richiesta ammissione ai permessi Legge 104/92**

La richiesta di riconoscimento dei benefici di cui alla Legge 104/92 e s.m.i. va invece inoltrata al Dirigente scolastico dell'istituto di titolarità e/o servizio.

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 104/92 (*compilare modulo allegato*).

Tutta la documentazione di cui sopra va trasmessa via mail in segreteria all'indirizzo rcic81600a@istruzione.it entro e non oltre il **18/09/2025** utilizzando uno dei modelli di autocertificazione allegati.

Il Dirigente scolastico esaminerà la domanda presentata dal singolo dipendente e la relativa documentazione allegata, qualora ricorrono i presupposti di legge, emetterà il relativo decreto autorizzativo.

Si ricorda che ogni dipendente deve comunicare con tempestività alla dirigenza scolastica ogni eventuale variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Il personale che ha' già presentato domanda per l'anno scolastico 2025-2026 è pregato di rinviare la richiesta utilizzando il modulo allegato di **CONFERMA SE NON CI SONO STATE VARIAZIONI DALL'A.S.PRECEDENTE.**

Si ringrazia per la collaborazione.

Allegati:

1. Domanda di ammissione ai permessi art. 33 Legge 104/92 per assistenza esclusiva a soggetto portatore di handicap;
2. Domanda di ammissione al permesso art. 33 legge 104/92 per assistenza condivisa a soggetto portatore di handicap grave;
3. Domanda di conferma dei benefici di cui all'art.33,commi3e6,legge104/1992,ess.mm.ii.;

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Francesco Sacco
Firma autografa omessa
Ai sensi dell'art.3 del D.Lgs. n.39/1993

Oggetto: Domanda di ammissione ai permessi di cui all'art. 33, commi 3 e 6, legge 104/1992, e ss.mm.ii.

Il/La __sottoscritto/a _____

nat __ a _____ (Prov. __) il __/__/_____, residente a _____ (Prov. __), Via _____ n. _____

in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di:

- Docente
- ATA (AA)
- ATA (CS)

con contratto di lavoro a:

- tempo indeterminato
- tempo determinato

presso:

- Uffici Segreteria - Sede _____
- Scuola Infanzia - Plesso/i _____
- Scuola Primaria - Plesso/i _____
- Scuola Primaria - Plesso/i _____
- Scuola Secondaria I grado - Plesso/i _____

CHIEDE

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

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

Data di nascita __/__/_____, Comune di nascita _____ (Prov. __)

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente a _____ (Prov. __)

(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 __/__/_____
- 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 la stessa 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 seguente avente diritto:

Nome _____ Cognome _____

In servizio presso (indicare la struttura lavorativa) _____

Recapito telefonico: _____

E-mail _____

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);

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;

copia documento di riconoscimento del familiare disabile e di altro eventuale referente beneficiario;

ulteriore documentazione a supporto delle dichiarazioni rese nella domanda (es. patologie invalidanti):

_____ li, ___/___/_____

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 pec, 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; e successive modifiche e/o integrazioni, e del regolamento UE 679/16, 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.

_____ li, ___/___/_____

PER PRESA VISIONE _____

di essere a conoscenza che:

- il diritto a beneficiare dei permessi mensili di cui all'art.33, comma 3, L.104/92 e s.m.i, per l'assistenza del familiare disabile sopra indicato, può essere riconosciuto, su richiesta, a più soggetti interessati aventi diritto tra quelli indicati nella predetta norma di legge (essendo venuto meno il principio del "referente unico" a seguito della riforma dell'art. 33, comma 3, L. 104/92 operata dal D.Lgs. n. 105/2022);

- in presenza di più soggetti beneficiari dei permessi di cui sopra, la citata disposizione ne consente la fruizione solo in via alternativa tra loro, nel limite complessivo di tre giorni mensili, per l'assistenza alla stessa persona disabile.

che, oltre al sottoscritto, beneficiano dei permessi i seguenti altri familiari/affini tra quelli indicati nella predetta norma di legge, per l'assistenza alla stessa persona disabile:

Cognome _____ Nome _____

nat ___ a _____ (Prov. ___) il ___/ ___/ _____,

Codice Fiscale _____

grado di parentela/affinità con il disabile _____

Se lavoratore dipendente, indicare l'amministrazione/azienda datrice di lavoro e la sede lavorativa:

Cognome _____ Nome _____

nat ___ a _____ (Prov. ___) il ___/ ___/ _____,

Codice Fiscale _____

grado di parentela/affinità con il disabile _____

Se lavoratore dipendente, indicare l'amministrazione/azienda datrice di lavoro e la sede lavorativa:

che, in presenza di altri beneficiari, frazionerà alternativamente con loro il godimento dei permessi, al fine del rispetto del limite dei tre giorni mensili fruibili;

che la distanza chilometrica tra le due abitazioni è di Km _____;

di impegnarsi ad attestare con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito, solo nel caso di distanza superiore a 150 Km;

di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile, pertanto, il loro riconoscimento comporta la conferma dell'impegno - morale, oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza; di essere inoltre 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 disabili;

di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sovraesposti (ricovero a tempo pieno dell'assistito presso istituto specializzato, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare, etc.);

Solo in caso di permessi per assistere parenti e affini di terzo grado

che i genitori o il coniuge o la parte di un'unione civile o il convivente di fatto della persona con disabilità in situazione di gravità da assistere sono:

deceduti

mancanti

affetti da patologie invalidanti

hanno compiuto i 65 anni di età

Allegati:

Certificato ASL competente, attestante situazione di gravità accertata ai sensi dell'art.4, comma 1 L. 104/92 e s.m.i. (in originale o copia autentica);

Copia documento di ri riconoscimento in corso di validità;

Altro: _____

Poiché l'altro/gli altri beneficiario/i usufruiranno, per il mese in corso di n. giorni _____,

CHIEDE

di poter usufruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 3 della L. 104/92 e s.m.i. per assistere il soggetto sopra indicato 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 ____/____/____

* **(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** e si invitano gli interessati, ove possibile, a produrre **pianificazioni mensili**, rivedibili in dimostrate situazioni di urgenza.

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

INFORMATIVA IN MATERIA DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (REG. UE 2016/679 - D.Lgs. 30/06/2023, n. 196 "Codice in materia dei dati personali")

L'amministrazione informa che i dati personali acquisiti mediante la compilazione della presente modulistica, saranno trattati dall'I.C. Novara di Sicilia in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dalla normativa vigente, al solo fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia di gestione del rapporto di lavoro.

Gerace, _____/____/_____

Firma del richiedente
