



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI PETRONÀ

C.F. 97035390794 – C.M. CZIC83600R – TEL./FAX 0961933007
Via Arenacchio - 88050 PETRONA' (CZ)

Mail: czic83600r@istruzione.it – Pec: czic83600r@pec.istruzione.it
Sito Web: www.icpetrona.gov.it codice univoco: UFBFGV

Circolare n.11

Petronà, 23/09/2019

Al personale docente
Al personale ATA

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, nonché per procedere ad un accurato controllo della documentazione relativa alla conferma dei benefici richiesti, 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 (Allegato 1).

Eventuale documentazione incompleta dovrà essere integrata secondo le indicazioni descritte al punto successivo.

B) PRIMA ISTANZA – RICHIESTA PERMESSI DI CUI ALL'ART. 33 COMMA 3 L. 104/92

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.

Documenti da presentare:

- Richiesta di fruizione dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art.33 comma 3 + documento di riconoscimento (Allegato 2);
- Copia conforme all'originale del verbale della Commissione medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art.3, comma 3, della L.104/92;

- Dichiarazione degli altri componenti il nucleo familiare del soggetto in situazione di disabilità grave, dalla quale si evinca di non poter prestare assistenza per ragioni esclusivamente oggettive (allegare i relativi documenti di riconoscimento).

Il personale beneficiario, al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività scolastica, è invitato a comunicare, per quanto possibile, con programmazione mensile e con congruo anticipo, la fruizione dei permessi di cui all'oggetto (Legge n.183 del 4/11/2010 e in applicazione della circolare n.13/2010 della Presidenza del Consiglio DFP).

C) CONGEDO STRAORDINARIO

Il dipendente di questa amministrazione che volesse legittimare il proprio diritto a fruire del congedo straordinario spettante al convivente di persona in situazione di handicap grave, accertato ai sensi dell'art.4, comma 1, della L. n.104 del 1992, dovrà presentare apposita istanza ed ha l'onere di dimostrare la sussistenza dei presupposti di legittimazione attraverso la produzione dell'idonea documentazione.

Documenti da presentare:

- Richiesta di fruizione del congedo straordinario + documento di riconoscimento (Allegato 3);
- Copia conforme all'originale del verbale della Commissione medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art3, comma 3, della L.104/92;
- Dichiarazione degli altri componenti il nucleo familiare del soggetto in situazione di disabilità grave, dalla quale si evinca di non poter prestare assistenza per ragioni esclusivamente oggettive (allegare i relativi documenti di riconoscimento).

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Michela Adduci

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D.Lgs n. 39/1993

Resp. Procedimento: Dirigente Scolastico prof.ssa Michela Adduci
Resp. Istruttoria: DSGA Maria Caligiuri

Allegato 1

AI DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. "C. ALVARO" PETRONÀ

OGGETTO: Conferma dei requisiti per usufruire dei permessi di cui all'art.33 comma 3 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

Allegato 2

AI DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. "C. ALVARO" PETRONÀ

Oggetto: Richiesta di fruizione dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 comma 3

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via _____
C.F. _____, in servizio presso codesta Istituzione scolastica,
qualifica _____ tempo determinato/indeterminato,

CHIEDE

alla S.V. di poter fruire dei permessi previsti dall'art.33 comma 3 della Legge 104/92 per assistere il/la sig./sig.ra _____ (coniuge/figlio/madre/padre/_____) nato/a a _____ prov. _____ il _____ e residente a _____ prov. _____ via _____.

Il/La sottoscritto/a, 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. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia,

DICHIARA

- Di essere unico/a referente che può prestare assistenza a carattere continuativo, globale e permanente al disabile in situazione di gravità;
- Che il portatore di handicap è stato accertato ai sensi dell'art.3 comma 3 Legge 104/92 dall'ASL _____ in data _____ non rivedibile/rivedibile _____;
- Che il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno;
- Che il soggetto in situazione di disabilità grave non è impegnato in attività lavorativa;
- Che non ci sono altri soggetti in grado di prendersi cura del familiare disabile;
- Che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- Che il soggetto in situazione di disabilità grave non usufruisce di assistenza domiciliare da parte dell'ASL;
- Che oltre al sottoscritto non ci sono altri parenti che si avvalgono dei benefici previsti dall'art.33 della Legge 104/92, che non ne hanno beneficiato in precedenza e ad oggi sono impossibilitati ad assistere il soggetto in situazione di disabilità grave.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso).

Il/La sottoscritto/a 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.

_____ lì _____

_____ Firma _____

Allegati:

- Copia del verbale dell'apposita Commissione Medica di cui all'art.4, comma 1, L.104/92 integrata ai sensi dell'art.20, comma 1, del D.L. 78/2009 convertito nella legge n.102/2009 attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/92 in capo al soggetto che necessita di assistenza;
- Copia documento di riconoscimento del soggetto disabile.

Allegato 3

AI DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. "C. ALVARO" PETRONÀ

Oggetto: Richiesta congedo straordinario per assistenza persona in situazione di handicap grave

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ in Via _____
C.F. _____, in servizio presso codesta Istituzione scolastica,
qualifica _____ tempo determinato/indeterminato,

CHIEDE

alla S.V. di poter fruire, ai sensi della Sentenza della Corte Costituzionale n. 19/2009, del congedo straordinario spettante al convivente di persona in condizione di disabilità grave, accertato ai sensi dell'art.4, comma 1, della Legge 104/92 e della relativa indennità in base all'art.42 comma 5 del D.lgs. 151/2001 per il seguente periodo:

dal _____ al _____ tot gg. _____

per assistere con sistematicità e adeguatezza il disabile sotto indicato:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____ e residente a _____
in via _____

A TAL FINE DICHIARA

- Di essere unico/a referente che può prestare assistenza a carattere continuativo, globale e permanente al disabile in situazione di gravità;
- Di essere convivente con il soggetto in situazione di disabilità grave;
- Che il portatore di handicap è stato accertato ai sensi dell'art. 4, comma 1, della Legge 104/92 dall'ASL _____ in data _____ Rivedibile: SI - NO;
- Che il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno;
- Che il soggetto in situazione di disabilità grave non è impegnato in attività lavorativa;
- Che nel periodo di congedo nessun familiare usufruirà dei permessi orari e giornalieri per assistere il familiare con disabilità (art.33 L.104/92 e art.42 D.lgs.151/01);
- Che non ci sono altri soggetti in grado di prendersi cura del familiare disabile;
- Che oltre al sottoscritto convivono con il soggetto in situazione di disabilità grave altri parenti, che non hanno mai usufruito di congedo straordinario per lo stesso familiare in condizione di disabilità grave e ad oggi sono impossibilitati ad assistere il soggetto disabile.

DICHIARA INOLTRE

Di aver già fruito, in tutta la vita lavorativa, di analogo congedo straordinario retribuito (24 mesi) per lo stesso familiare:

dal _____ al _____ tot gg. _____.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni sopra dichiarate da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso).

Il/La sottoscritto/a è inoltre consapevole che l'amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false, può subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti.

Dichiara inoltre che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e che è consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni mendaci (art.495 c.p. e artt. 75 e 76 DPR 445/2000).

_____ li _____

Firma

Allegati:

- Copia del verbale dell'apposita Commissione Medica di cui all'art.4, comma 1, L.104/92 integrata ai sensi dell'art.20, comma 1, del D.L. 78/2009 convertito nella legge n.102/2009 attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/92 in capo al soggetto che necessita di assistenza;
- Copia documento di riconoscimento del soggetto disabile.