



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
"NICOLA PECORELLI"**



Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado

Sede centrale Viale Piave, 10 – 83020 - Pago del Vallo di Lauro (AV) - Tel. 081 8250205

Sedi distaccate a Domicella e Marzano di Nola - Cod. Mecc. AVIC84400X - C. F.: 80007670641

Sito: www.icspecorelli.gov.it - E-mail: avic84400x@istruzione.it –

I.C. - "N. PECORELLI"-PAGO DEL VALLO DI LAURO
Prot. 0001610 del 09/09/2022
VII (Uscita)

Oggetto : Fruizione benefici L.104/92 e pianificazione mensile

Al fine di pervenire l'insorgere di precise responsabilità disciplinari, penali e patrimoniali , si ritiene opportuno ricordare a tutto il personale titolare dei benefici della legge 104/92 che , anche se si tratta di un diritto utilizzabile come lavoratore , il diretto interessato è il familiare al quale deve essere Riservata la massima assistenza.

la richiesta di riconoscimento dei benefici di cui alla Legge 104/92e 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 104/92. Lo 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.

Il dipendente deve formalizzare la richiesta dei benefici di cui all'art. 33 della Legge 104/92 producendo

La seguente documentazione:

1. Copia conforme all'originale del verbale della Commissione medica dal quale risulti l'accertamento della situazione di handicap grave oppure copia conforme all'originale del verbale della Commissione medica attestante lo stato di disabilità grave dell'assistito;
2. Se del caso, tutta la documentazione relativa alla possibilità di estendere la legittimazione alla titolarità dei permessi anche ai parenti ed affini entro il terzo grado.
3. Il dipendente, inoltre, è tenuto a certificare, attraverso idonea documentazione ovvero attraverso apposite dichiarazioni sostitutive, rese ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 2000 ("Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa"), la successiva delle condizioni che legittimano la fruizione delle agevolazioni ovvero che
 - L'assistito non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati, cioè strutture ospedaliere o simili, pubbliche o private, che assicurano assistenza sanitaria continuativa;
 - Nessun altro familiare beneficia dei permessi di cui alla Legge 104/92 per lo stesso assistito;
 - Certificazione anagrafica attestante il legame di parentela/affinità con l'assistito o eventuale autocertificazione;

Inoltre, il dipendente, a corredo della propria istanza, deve presentare di dichiarazione sottoscritta di responsabilità e consapevolezza dalla quale risulti che:

- Il medesimo presta assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni ovvero il medesimo necessita delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità;
- Il medesimo è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e ,pertanto ,il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- Il medesimo 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 solo per l'effettiva tutela del disabile;
- Il medesimo si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali relativamente alla questione della programmazione dei permessi, ha riconosciuto al datore di lavoro la facoltà di richiedere una programmazione dei permessi ex art.33, legge 104/1992, purché ciò non comprometta il diritto del soggetto disabile ad un'effettiva assistenza.

Alla luce di quanto premesso, si invita il personale interessato a produrre pianificazione mensili , di fruizione dei permessi per concordare preventivamente con l'Amministrazione le giornate di permesso , rivedibili in situazioni di urgenza ,al fine di "evitare la compromissione del funzionamento dell'organizzazione", Si fa presente, inoltre, che il vigente CCNL all'art.15 prevede che tale permessi "devono essere fruiti dai docenti in giornate non ricorrenti".

Riferimenti per la fruizione.

Personale Docente

Art.15/6 del CCNL/2007
Sono fruiti esclusivamente in giorni
Sono retribuiti
Non riducono ferie
Devono essere possibilmente fruiti in giornate non ricorrenti.

Personale Ata

Art.32 del CCNL/2018 (sostituisce e quindi disapplica ,solo ATA art.15 comma 6)
E' possibile decidere di utilizzare i permessi in ore nel limite massimo di 18 ore mensili anziché in giorni.
Il dipendente predispone, di norma, una programmazione mensile dei giorni in cui intende assentarsi , da comunicare all'ufficio di appartenenza all'inizio di ogni mese.

In allegato, la documentazione da compilare per la richiesta dei benefici.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Siniscalchi Maria

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 di una persona con disabilità;
- disabile lavoratore richiedente i permessi.

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

a. 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 ¹ _____
(data adozione/affido) _____ data e luogo di nascita _____
Residente a _____, in Via/Piazza _____
come risulta dalla certificazione che si allega.

b. che la famiglia anagrafica della persona per la quale vengono richiesti i permessi è così costituita:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela	(se lavoratore) Dati del datore di lavoro

di assistere in via continuativa ed esclusiva la persona sopra indicata;

¹ Indicare se: figlio/a (in caso di adozione/affidamento, indicare la data del provvedimento);
Parente o affine entro il 3° grado (specificare se: padre, nuora, ecc.).

che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati.

che nessun altro familiare 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 convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra specificato
oppure
 di non essere convivente con il soggetto portatore di handicap, ma di svolgere con continuità l'assistenza allo stesso per le necessità quotidiane non essendoci parenti ed affini entro il 3° grado conviventi con la persona sopra indicata e non lavoratori, che possano fornirLe assistenza;

Solo per coloro che richiedono i permessi per assistere un parente/affine entro il 3° grado:

che i seguenti parenti o affini entro il 3° grado, conviventi con la persona sopra indicata, non possono fornirLe assistenza, ancorché non lavoratori, per i motivi indicati a fianco di ciascun nominativo:

Cognome e Nome	Motivo per cui non può prestare assistenza (indicare il n°/lett. corrispondente ad una o più motivazioni sottoelencate)

Elenco delle motivazioni che impediscono di fornire assistenza alla persona handicappata individuate con deliberazione n. 32 del 7.3.2000 dell'INPS:

- 1) Ai fini della concessione dei giorni di permesso previsti dall'art. 33, comma 3, della legge n. 104/92, qualora nella famiglia del portatore di handicap siano presenti familiari non lavoratori, le situazioni di impossibilità, per questi ultimi, di assistere l'handicappato sono individuabili al verificarsi delle seguenti ipotesi:
 - a) riconoscimento, da parte dell'INPS o di altri Enti pubblici, di pensioni che presuppongano, di per sé, una incapacità al lavoro pari al 100% (quali le *pensioni di inabilità* o analoghe provvidenze in qualsiasi modo denominate)
 - b) riconoscimento, da parte dell'INPS o di altri Enti pubblici, di pensioni, o di analoghe provvidenze in qualsiasi modo denominate (quali le *pensioni di invalidità civile*, gli *assegni di invalidità INPS*, le *rendite INAIL*, e simili), che individuino, direttamente o indirettamente, una infermità superiore ai 2/3;
 - c) età superiore ai 70 anni, in presenza di una qualsiasi invalidità comunque riconosciuta;
 - d) età inferiore ai 18 anni (anche nel caso in cui non sia studente);
 - e) infermità temporanea per i periodi di ricovero ospedaliero.
- 2) Altre infermità temporanee, debitamente documentate, o, più in generale, i motivi di carattere sanitario, anch'essi debitamente documentati, del familiare non lavoratore dovranno essere valutati dal medico della Sede INPS al fine di stabilire se e per quale periodo, in relazione alla natura dell'handicap del disabile nonché al tipo di affezione del familiare non lavoratore, sussista una impossibilità, per quest'ultimo, di prestare assistenza.
- 3) In caso di genitori entrambi lavoratori e di figlio minorenne handicappato grave, la presenza di familiari non lavoratori non pregiudica la possibilità, per uno dei due genitori, di fruire, secondo le condizioni previste, dei permessi per assistere tale figlio.

Solo per coloro che richiedono i permessi in qualità di disabile lavoratore:

di voler fruire dei permessi secondo le seguenti modalità:

tre giorni al mese;

due ore al giorno dalle ore _____ alle ore _____;

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

Data _____

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

**Oggetto: Dichiarazione di conferma dei benefici di cui all'art. 33, commi 3 e 6,
legge 104/1992, e ss.mm.ii.**

Il sottoscritto _____,

nato a _____ (prov _____), il _____,

residente a _____ Prov. _____

Via _____ n° _____, in servizio presso

questa Istituzione Scolastica in qualità di _____,

consapevole

- ❖ delle disposizioni contenute nel DPR , 445/2000, nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti;
- ❖ delle sanzioni penali previste dall'art.55 quinquies (comma 1 e 2) del D.lgs. n° 165/2001

dichiara sotto la propria responsabilità

- che continuano a sussistere i requisiti e le condizioni per usufruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 3 della legge 104/92 per il proprio familiare.
- che continuano a sussistere i requisiti e le condizioni per usufruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 6 della legge 104/92 per la propria persona.

che dal _____ sono venuti meno i presupposti per continuare ad usufruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 3, della legge 104/92 (ricovero a tempo pieno del disabile presso istituto specializzato, modifica o revoca della gravità dell'handicap, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare)

a tal fine specifica

- che il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno
- di prestare una assistenza sistematica e continuativa al familiare disabile
- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto disabile.

Per quanto dichiarato

- si fa riferimento alla documentazione a suo tempo allegata, in possesso della amministrazione e ancora in corso di validità
- si fa riferimento alla documentazione che viene allegata alla presente dichiarazione e cioè

Saviano, li _____ / _____ / _____

FIRMA

Dichiarazione personale dei fratelli /sorelle/ parenti e affini entro il terzo grado che non sono in grado di assistere il disabile

Il/la sottoscritto/a figlio/a
fratello/sorella/parente/affine entro il terzo grado di di-
sabile in situazione di gravità,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR 445/2000, così come modificato ed integrato dall'art. 15 della legge 16 gennaio 2003 n. 3 e dall'art.15 comma 1 della legge 183/2011,

- di non essere in grado di effettuare l'assistenza al padre/alla madre/al fratello/sorella disabile, al parente/ all'affine entro il terzo grado in situazione di gravità con necessità di un'assistenza continuativa, globale e permanente, per ragioni esclusivamente oggettive tali da non consentire l'effettiva e continuativa assistenza, di seguito analiticamente indicate,

.....
.....
.....
.....
.....

e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti nell'art. 33 commi 5 e 7 della legge 104/92 e di non essersene avvalso/a in precedenza.

Data.....

Firma.....