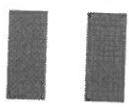
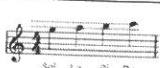
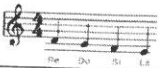


 Istituto Comprensivo Statale Manzoni Impastato					 
	Istituto Comprensivo Statale "Manzoni Impastato" con sezione ad INDIRIZZO MUSICALE via Filippo Parlatore 56 - 90145 Palermo Tel./Fax +39 091 6823926 E-mail paic87900e@istruzione.it - PEC paic87900e@pec.istruzione.it Cod. Fisc. 80014540829 www.manzoniimpastato.edu.it				

I.C.S. - "MANZONI - IMPASTATO"-PALERMO
 Prot. 0013658 del 17/09/2021
 (Uscita)

17-09-2022

Al Personale Docente
 Al Personale ATA
 Sito web dell'Istituto
 SEDI

Oggetto: Comunicazioni circa l'utilizzo dei permessi di cui alla LEGGE 104/92 art. 33 comma 3 e i commi 5_6_7 relativo all'Anno Scolastico 2021/2022

Chiarimenti

Facendo seguito a quanto argomentato durante il collegio del 9.9.2021 e richiamando le disposizioni normative di cui alla Legge 183/2010 e alle circolari attuative INPS e per rendere compatibili tutte le richieste di permessi di cui all'oggetto con le esigenze organizzativo-didattiche dell'istituzione scolastica, si comunicano le seguenti direttive:

Istanza a.s. 2021-2022

Ogni dipendente, docente o ATA che sia, è tenuto, in ossequio alle modalità di cui agli art.75 e76 del DPR 445/2000 e sue modifiche e integrazioni, a produrre la richiesta completa di documentazione (allegato1)

Il personale beneficiario dovrà presentare una dichiarazione personale dei parenti prossimi che non son in grado di assistere al disabile (allegato 2)

Altresì, occorrerà compilare autocertificazione per l'utilizzo della 104 come stabilito dall'art. 26 della Legge 15/1968 richiamato dall'art. 6 comma 2 del D.P.R. 403/98 (allegato 3)

La richiesta di riconoscimento dei benefici di cui alla Legge 104/92 e s.m.i. va inoltrata al Dirigente Scolastico dell'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.

Perdita, eventuale, del beneficio della Legge 104/92

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.

Programmazione dei permessi ex art. 33, legge 104/1992

S. Schin

I tre giorni di permesso per assistenza ad un familiare disabile grave, per quanto riguarda il personale docente, sono disciplinati dall'articolo 15, comma 6, del CCNL 2007, confermato dal Contratto 2016/18

L'Inps con circolare applicativa n. 45 dell'1.03.2011, in riferimento alla modalità di fruizione dei permessi per l'assistenza a disabili in situazione di gravità, al punto 2.1 ha precisato che **"Il dipendente è tenuto a comunicare al Direttore della struttura di appartenenza, all'inizio di ciascun mese, la modalità di fruizione dei permessi**, non essendo ammessa la fruizione mista degli stessi nell'arco del mese di riferimento ed è tenuto, altresì, a comunicare, per quanto possibile, la relativa programmazione".

Il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali relativamente alla questione della programmazione dei permessi, con Interpelli n. 1/2012 e 31/2010, 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, il personale docente e ATA produrrà **pianificazioni mensili** di fruizione dei permessi per comunicare preventivamente, con l'Amministrazione le giornate di permesso utilizzando l'apposito **(allegato 4)** che, solo in dimostrate situazioni di urgenza, al fine di "evitare la compromissione del funzionamento dell'organizzazione", potrebbero essere riviste e riorganizzate.

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Silvia Schiraldi

S. Schiraldi

Al Dirigente Scolastico
I.C. Manzoni – Impastato
Via Filippo Parlatore, 56
Palermo

Oggetto: Richiesta concessione permessi retribuiti di cui alla L.104/92 – D. Lgv.151/01 e L. 4/11/2010, n. 183

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di _____
_____ con contratto a tempo _____

consapevole che la fruizione del diritto può essere riconosciuta, per l'assistenza alla stessa persona con handicap in situazione di gravità, ad un solo lavoratore dipendente,

CHIEDE

alla S.V., ai sensi dell'art. 33 della legge 104/1992, di essere ammesso alla fruizione del beneficio del permesso retribuito di giorni 3 mensili, quale unico referente per l'assistenza del proprio familiare

Sig. _____ nato a _____
(cognome-nome)

Il _____, grado di parentela _____, portatore di handicap in situazione di gravità, riconosciuto ai sensi dell'art. 3 ed accertato ai sensi della legge sopra indicata.

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:**

Nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
Il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di 3° grado:

- ☐ non è coniugato;
- ☐ è vedovo;
- ☐ è coniugato ma il coniuge è affetto da patologia invalidante;
- ☐ è separato o legalmente 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.

E' consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno-morale oltre che giuridico- a prestare la propria assistenza in termini di sistematicità ed adeguatezza.

E' consapevole che la fruizione dei permessi comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano per l'effettiva tutela dei disabili;

Il soggetto in situazione di disabilità grave **non è ricoverato a tempo pieno**, con le eccezioni previste al punto 3 della circolare INPS n. 155 del 3/12/2010;

Si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita delle agevolazioni richieste con la presente istanza. (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno)

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.

Allega:

- D Copia del verbale della apposita Commissione medica di cui all'art. 4, comma1, L.104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma1, 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 capo al soggetto che necessita di assistenza.
- D 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.

Data.....

Firma del dipendente

Dichiarazione personale dei parenti che non sono in grado di assistere il disabile

Il/la sottoscritto/a figlio/a
fratello/sorella/ di disabile 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, in situazione di gravità (art. 3 co.3 della L. 104/92 e successive modifiche ed integrazioni), **per ragioni esclusivamente oggettive*** tali da non consentire l'effettiva assistenza, di seguito analiticamente indicate,

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

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

Data.....

Firma.....

*Si considerano motivi/ragioni esclusivamente oggettive il trovarsi nelle seguenti condizioni:

OGGETTO: Autocertificazione per l'utilizzo della legge 104/92.

...L... sottoscritt....., nat.....

a(Prov.) il .../.../.....e in servizio presso

..... di....., consapevole delle
sanzioni previste per il caso di dichiarazione mendace,

così come stabilito dall'art. 26 della legge 15/1968, richiamato dall'art. 6, comma 2, del D.P.R. 403/98

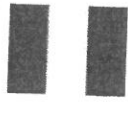
DICHIARA

- di essere ...l... sol... ad utilizzare i benefici previsti dall'art. 33 della Legge 104/92 nei confronti del seguente portatore di handicap e che lo stesso è assistito in maniera continuativa solo della sua persona;
- che il predetto portatore di handicap è tutt'ora in vita e non è mai stato ricoverato a tempo pieno presso alcuna struttura dalla data di richiesta dei predetti benefici.
- di essere 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.
- di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazione 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 tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione delle agevolazioni.

.....

IL DICHIARANTE

.....

 Istituto Comprensivo Statale Manzoni Impastato					
	Istituto Comprensivo Statale "Manzoni Impastato" con sezione ad INDIRIZZO MUSICALE via Filippo Parlatore 56 - 90145 Palermo Tel./Fax +39 091 6823926 E-mail paic87900e@istruzione.it - PEC paic87900e@pec.istruzione.it Cod. Fisc. 80014540829 www.manzoniimpastato.edu.it				

DA PRESENTARSI OGNI INIZIO DEL MESE

Prot. n. _____/_____

Al Dirigente Scolastico
I.C. Manzoni Impastato
Palermo

OGGETTO: PROGRAMMAZIONE MENSILE di fruizione dei permessi retribuiti legge 05.02.1992 n. 104 art.33. Personale docente. Anno Scolastico 20.../...
ATA

_____L_____ sottoscritt _____ in servizio presso codesta
istituzione scolastica in qualità di _____

CHIEDE

ai sensi dell'art.33 della legge del 05.02.1994 n° 104 di poter usufruire dei permessi retribuiti per il mese di _____
nei seguenti giorni :

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Riservato all'Ufficio
personale
.....

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Silvia Schiraldi

