



**Istituto Comprensivo Statale
"Manzoni Impastato"
ad INDIRIZZO MUSICALE**

via Filippo Parlatore 56 - 90145 Palermo
Tel./Fax +39 091 6823926 Cod. Fisc. 80014540829
E-mail paic87900e@istruzione.it - PEC paic87900e@pec.istruzione.it
www.manzoniimpastato.edu.it



I.C.S. - "MANZONI - IMPASTATO"-PALERMO
Prot. 0013628 del 05/09/2025
IV (Uscita)

**Al personale docente
Al personale ATA
Al DSGA**

SITO AREA RISERVATA

CIRCOLARE N.5

Oggetto: Indicazioni operative relative alla fruizione dei benefici previsti dalla L. 104/92

Alla luce delle disposizioni normative ed al fine di rendere compatibili le richieste dei permessi di cui all'oggetto con le esigenze organizzativo-didattiche dell'istituzione scolastica, si forniscono le seguenti direttive per la fruizione dei permessi L.104/92.

La norma di riferimento, più volte oggetto di modifiche per opera di diversi provvedimenti legislativi, è stata di recente novellata dall'art. 3, comma1, lett. b), punto 2) del D.lgs n. 105/2022, in vigore dal 13.08.2022, che ha apportato le seguenti sostanziali modifiche:

- ha introdotto, in luogo del principio del *referente unico dell'assistenza*, la **possibilità di riconoscere a più di un lavoratore dipendente, pubblico o privato, il diritto di fruire alternativamente dei tre giorni di permesso mensile retribuito per assistere la stessa persona disabile grave** (in precedenza tale possibilità era negata, escluso il caso dei genitori per l'assistenza del figlio disabile);
- ha previsto la **possibilità di frazionare il godimento dei permessi in via alternativa tra i soggetti aventi diritto contemplati dalla norma, nel limite dei tre giorni mensili totali fruibili**;
- ha formalmente aggiunto, quali soggetti legittimati alla fruizione dei permessi retribuiti, la *"parte di un'unione civile tra persone dello stesso sesso"* di cui all'art. 1, co. 20, L. n. 76/2016, nonché il *"convivente di fatto"* di cui all'art. 1, co. 36, L. n. 76/2016, equiparandoli al coniuge della persona disabile da assistere.

Si fornisce un quadro riepilogativo dei **soggetti aventi diritto** alla fruizione dei permessi di che trattasi:

- **Dipendente con disabilità grave** (legittimato a godere dei benefici per la cura di se stesso);
- Il **coniuge**, a cui sono equiparati la **parte di un'unione civile** e il **convivente di fatto**, del

disabile da assistere;

- I **genitori**, anche adottivi o affidatari, del disabile da assistere, nonché i **parenti o affini entro il II grado**;
- I **parenti o affini di III grado** del disabile da assistere, ma solo qualora i genitori, il coniuge o la parte dell'unione civile o il convivente di fatto, siano mancanti, deceduti, abbiano compiuto i 65 anni di età o siano affetti da patologie invalidanti.

Relativamente alla nozione di "patologie invalidanti" occorre fare riferimento alle patologie indicate nell'art. 2, comma 1, lett. d), Decreto Interministeriale n. 278/2000. In tale circostanza, il lavoratore interessato a fruire dei permessi in argomento dovrà produrre, in allegato alla richiesta, la documentazione sanitaria attestante la sussistenza delle patologie invalidanti di cui sono affetti i genitori, il coniuge o la parte dell'unione civile o il convivente di fatto, rilasciata dal medico specialista del S.S.N. o con esso convenzionato, dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero.

I presupposti che devono sussistere per la concessione e fruizione dei permessi in argomento sono:

- **Riconoscimento della condizione di disabilità in situazione di gravità del soggetto da assistere**, ai sensi dell'art.4, comma 1, L. 104/92, da parte della competente Commissione medica integrata ASL/INPS (tale condizione dovrà essere comprovata mediante produzione, in allegato alla richiesta, di copia del verbale di riconoscimento della situazione di handicap grave rilasciato dalla predetta commissione medica; per la sindrome di Down potrà essere allegato il certificato del medico di base corredato dal cariotipo).
- **Assenza di ricovero a tempo pieno del disabile da assistere presso strutture pubbliche o private** che forniscono assistenza sanitaria continuativa per le 24 ore (tale condizione dovrà essere comprovata mediante dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà da rendersi ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000 e ss.mm.ii.).

In relazione alla condizione di disabilità grave del soggetto da assistere, il verbale di accertamento di tale situazione può riportare una **data di rivedibilità**. In tal caso, il beneficiario potrà comunque continuare a fruire dei permessi in argomento anche dopo la data di scadenza del verbale rivedibile e sino a quella di definizione del nuovo verbale.

Qualora, in esito alla visita di revisione, non dovesse risultare confermato il grave stato di disabilità, il beneficio concesso potrà ritenersi revocato a decorrere dalla data di definizione del nuovo verbale e i giorni di assenza dal servizio, eventualmente fruiti a tale titolo, dovranno essere giustificati utilizzando altri istituti (es. ferie).

Assistenza a più familiari disabili gravi

Il lavoratore/la lavoratrice può prestare assistenza nei confronti di più familiari con disabilità grave che siano il coniuge, o la parte dell'unione civile o il convivente di fatto, o parenti o affini entro il I grado o entro il II grado, ma tale facoltà è riconosciuta solo qualora i genitori o il coniuge o la parte

dell'unione civile o il convivente di fatto del disabile siano mancati, deceduti, abbiano compiuto i 65 anni di età o siano affetti da patologie invalidanti.

Procedura per la concessione e fruizione dei benefici/conferma

Giova rilevare che l'accertamento dei relativi benefici è soggetto ad una **valutazione annuale** in ordine alla permanenza delle condizioni giustificatrici.

I permessi retribuiti di cui all'art. 33, comma 3, L. 104/1992 per l'assistenza a familiari in situazione di disabilità grave, o per se stessi, possono essere fruiti, su richiesta del dipendente interessato qualora, all'esito dell'istruttoria svolta dalla Dirigenza, sussistano tutti i requisiti prescritti dalla vigente normativa in materia.

Resta inteso che fino alla conclusione dell'istruttoria ed all'emissione del decreto di ammissione ai benefici di cui all'oggetto – da completare nei termini previsti dalla L. 241/90 e ss.mm.ii. – questo Ufficio non potrà dare corso ad alcuna istanza pervenuta.

I lavoratori e le lavoratrici che intendono beneficiare dei permessi retribuiti in argomento sono tenuti a trasmettere, tramite mail istituzionale paic87900e@istruzione.it o mediante consegna a mano, apposita richiesta di concessione dei benefici, utilizzando la modulistica disponibile presso la segreteria docenti ed allegata alla presente:

- Modulo **istanza benefici L. 104/92 per se stessi**;
- Modulo **istanza benefici L. 104/92 per familiari di I, II e III grado**;

La richiesta per l'assistenza a familiari disabili dovrà essere corredata da uno dei seguenti modelli di dichiarazione sostitutiva ex DPR 445/2000, da utilizzare in base alla diversa condizione che ricorre:

- Dichiarazione sostitutiva ex artt. 46 e 47, DPR 445/2000 per familiari di I e II grado;
- Dichiarazione sostitutiva ex artt. 46 e 47, DPR 445/2000 per familiari di III grado;
- Dichiarazione sostitutiva ex artt. 46 e 47, DPR 445/2000 per familiari che condividono permessi con altro soggetto beneficiario;

Per ciascun familiare da assistere occorre presentare singola richiesta di concessione dei benefici.

Conferma/Rinuncia/Interruzione alla fruizione dei benefici

Coloro i quali avessero già fatto richiesta nell'anno scolastico precedente dei permessi, per i quali quindi l'istruttoria ha avuto esito positivo, e intendano confermare i propri requisiti di concessione dei benefici, ovvero coloro che intendano comunicare la rinuncia o l'interruzione alla fruizione dei benefici sono tenuti a presentare il modello:

- Modulo **istanza conferma o rinuncia o interruzione** alla fruizione dei benefici di cui all'art. 33, commi 3 e 6, Legge 104/1992 e ss.mm.ii.

Integrazione della richiesta di concessione dei benefici già presentata

Coloro i quali già autorizzati a fruire dei permessi, in presenza di altri familiari beneficiari degli stessi, sono tenuti ad integrare la richiesta prodotta con presentazione del seguente modello:

- Modulo **istanza integrazione della richiesta** di concessione dei benefici di cui all'art. 33, commi 3 e 6, Legge 104/1992 e ss.mm.ii.

Ciascun modello reca l'indicazione degli eventuali allegati richiesti.

Relativamente alle modalità di fruizione dei permessi di che trattasi, si deve mettere in evidenza che la circolare 13 del 6 Dicembre 2010 del Dipartimento della Funzione Pubblica afferma **"salvo dimostrate situazioni di urgenza, per la fruizione dei permessi, l'interessato dovrà comunicare al dirigente competente le assenze dal servizio con congruo anticipo, se possibile con riferimento all'intero arco temporale del mese, al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività amministrativa"**.

Precedentemente la questione è stata affrontata dal Parere del Dipartimento della Funzione Pubblica - Ufficio Personale Pubbliche Amministrazioni - Servizio Trattamento del Personale, 18 febbraio 2008, n. 13 "Legge 5 febbraio 1992, n. 104 e successive modificazioni ed integrazioni - permessi ex art. 33, comma 3" che recita testualmente **"Al fine di evitare la compromissione del funzionamento dell'organizzazione, le amministrazioni dovrebbero concordare preventivamente con il lavoratore le giornate o le ore di permesso. A questo scopo può essere utile elaborare un piano per la fruizione dei permessi, che naturalmente è solo lo strumento formale dell'accordo lavorativo, il cui contenuto si può riempire sulla base della sussistenza del presupposto della legittimazione al congedo per il lavoratore"**.

Sulla questione è definitivamente intervenuta l'ARAN nel 2012 che in risposta (SC_066_Orientamenti Applicativi dell'1.08.2012) ad un apposito quesito ("Come possono essere fruiti i giorni di permesso art. 33, comma 3, legge 105/92?"), dopo aver richiamato la disciplina contrattuale – l'art. 15, comma 6. del Ccnl 29.11.2007 – ha chiarito che **"In ogni caso la concessione di giornate di assenza ricade nelle scelte organizzative adottate dal dirigente della struttura con i poteri del privato datore di lavoro, di cui all'art. 5, comma 2, del D.lgs. 165/2001"**.

Ne consegue che il Dirigente Scolastico può richiedere di concordare le giornate di permesso, tramite atti unilaterali organizzativi con i quali assicurare l'efficacia e l'efficienza del servizio scolastico.

Per l'effetto questo Ufficio ha titolo a richiedere al personale interessato una preventiva fruizione concordata dei permessi al fine di predisporre in anticipo una più organica e funzionale sostituzione degli assenti, fermo restando, naturalmente, che la fruizione concordata viene meno o può essere interrotta a fronte di bisogni urgenti della persona disabile **da documentare debitamente** e da comunicare, congruamente, prima dell'inizio del servizio del personale interessato.

Fatta tale premessa, si invita tutto il personale interessato – una volta acquisito il decreto di ammissione ai benefici più volte richiamati – a produrre una pianificazione mensile da

presentare entro il 27 del mese precedente, salvo improvvise ed improcrastinabili esigenze di assistenza del soggetto disabile da documentare.

Nella programmazione dei permessi si dovrà avere cura di indicare di volta in volta **diversi giorni della settimana, in un'ottica di rotazione**, salvo specifiche esigenze che potranno essere rappresentate nella comunicazione contenente la programmazione mensile.

Resta inteso che – in caso di sopravvenute esigenze legate a situazioni impreviste e imprevedibili – le SS.LL. potranno chiedere, in itinere, di modificare la programmazione presentata, indicando le ragioni di urgenza.

Il modello di presentazione del cronoprogramma è allegato alla presente circolare.

Tale programmazione, non sostituisce comunque il modello di richiesta di fruizione del permesso che il personale deve produrre, TRAMITE IL PORTALE ARGO

Si rammenta, inoltre (**solo per il personale ATA**) che l'articolo 68 del VIGENTE CCNL 2019/21, sostituendo l'articolo 15 del CCNL 2007 così recita: *"i dipendenti ATA hanno diritto, ove ne ricorrano le condizioni, a fruire dei tre giorni di permesso di cui all' art. 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104. Tali permessi sono utili al fine delle ferie e della tredicesima mensilità e possono essere utilizzati ad ore nel limite massimo di 18 ore mensili"*.

Giova, inoltre, precisare che l'art. 33, comma 3, della legge 104/92 non prevede l'obbligo, bensì il "diritto a fruire di tre giorni di permesso mensile retribuito". Al fine di prevenire l'insorgere di precise responsabilità disciplinari, penali e patrimoniali, si ricorda 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.

Proprio per il valore sociale e civile che tale norma porta con sé, un uso distorto della stessa da parte di chi ne usufruisce, ovvero i familiari o affidatari del soggetto disabile, può condurre a conseguenze irreversibili quale il licenziamento immediato e l'applicazione del codice penale.

Si ritiene, poi, opportuno ricordare quanto previsto dal punto 8 della "Circolare n. 13 del Dipartimento della funzione pubblica del 6 Dicembre 2010" in merito ai "Doveri dell'Amministrazione": comunicare annualmente (entro il 31 Marzo) al Dipartimento della Funzione Pubblica tutte le giornate fruite a tale titolo da ciascun lavoratore, essendo autorizzato, per disposizione espressamente prevista dalla sopra citata normativa, al trattamento di tali dati sensibili e alla loro conservazione per un periodo massimo di gg. 30 dall'invio.

Il lavoratore/la lavoratrice autorizzato/a alla fruizione dei permessi mensili retribuiti è tenuto a comunicare tempestivamente ogni **variazione** in ordine agli stati e alle dichiarazioni fornite all'atto della **richiesta dei benefici** e, in particolare:

- Il decesso dell'assistito;
- L'esito della visita di rivedibilità da parte della competente Commissione Medica ASL/INPS;
- Il ricovero a tempo pieno dell'assistito presso strutture pubbliche o private a carattere sanitario;

- Il subentro di ulteriori soggetti aventi diritto beneficiari dei permessi di che trattasi.

Resta inteso che le disposizioni sopra indicate valgono come ordine di servizio la cui inosservanza integra gli estremi di mancanze disciplinarmente rilevanti e, in base alla gravità dei fatti eventualmente riscontrati, in responsabilità amministrativa e anche penale.

Saranno disponibili presso la segreteria docenti:

- All.1 - Modulo istanza conferma o rinuncia o interruzione alla fruizione dei benefici di cui all'art.33, commi 3 e 6, Legge 104/1992 e ss.mm.ii;
- All.2 - Modulo programmazione mensile di fruizione dei permessi retribuiti Legge n.104/92 art.33 comma 3;
- All.3 - Modulo richiesta concessione benefici L.104/92 per se stessi;
- All.4 - Modulo richiesta concessione benefici L.104/92 per familiari di I, II e III grado;
- All.5 - Modulo istanza integrazione della richiesta di concessione dei benefici di cui all'art.33,
- All.6 - Dichiarazione sostitutiva ex artt. 46 e 47, DPR 445/2000 per familiari che condividono permessi con altro soggetto beneficiario.
- All.7 - Dichiarazione sostitutiva ex artt. 46 e 47, DPR 445/2000 per familiari di I e II grado;
- All.8 - Dichiarazione sostitutiva ex artt. 46 e 47, DPR 445/2000 per familiari di III grado;

Palermo, 05/09/2025

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Angela MIRABILE

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D.L.vo 39/93

All. 1

Conferma o rinuncia o interruzione alla fruizione dei benefici L.104/1992

**Alla Dirigente Scolastica
Istituto Comprensivo "Manzoni-Impastato"
Palermo**

Dichiarazione di conferma o rinuncia o interruzione alla fruizione dei benefici di cui all'art. 33, commi 3 e 6, Legge 104/1992 e ss.mm.ii per assistenza a familiare in situazione di disabilità grave o per se stessi

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (prov. _____), il _____
residente a _____ prov. _____
via _____ n° _____, C.A.P. _____
codice fiscale, _____ in servizio presso
questa Istituzione Scolastica in qualità di _____,
già beneficiario/a dei permessi retribuiti di cui all'oggetto,

**consapevole, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n.445/2000, delle
responsabilità e sanzioni, previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, in caso di
dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi, ed assumendone piena responsabilità ai
sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. n. 445/200;**

DICHIARA

- ☐ che continuano a sussistere i requisiti e le condizioni per usufruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 3, della legge 104/92 per assistere il proprio familiare disabile grave;
- ☐ che continuano a sussistere i requisiti e le condizioni per usufruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 6, della legge 104/92 per necessità riconducibile alla propria disabilità grave;

Per quanto dichiarato

si fa riferimento alla documentazione a suo tempo allegata, in possesso dell'amministrazione e ancora in corso di validità;

COMUNICA

- ☐ rinuncia o interruzione a far data dal _____ alla fruizione dei benefici di cui alla L. 104/92 e ss.mm.ii.
- ☐ per l'assistenza al/la proprio/a _____
(specificare il rapporto di coniugio/parentela/affinità)

Cognome _____

Nome _____

- ☐ per se stesso _____

per i seguenti motivi:

- ☐ decesso del familiare disabile su indicato avvenuto in data__ __
- ☐ Non è più nelle condizioni di poter prestare assistenza al familiare disabile su indicato;
- ☐ Mancata conferma della condizione di disabilità grave a seguito di visita di revisione da parte della competente commissione medica;
- ☐ sono venuti meno i presupposti per continuare ad usufruire dei benefici previsti dalla legge 104/92 (ricovero a tempo pieno del disabile presso istituto specializzato, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare, divorzio con il coniuge disabile grave);
- ☐ altro _____
(specificare)

Per quanta dichiarato

si fa riferimento alla seguente documentazione che viene allegata alla presente dichiarazione
(specificare)

A tal fine allega:

1. **Copia del documento di identità** in corso di validità del dipendente richiedente;
- 2.
- 3.

INFORMATIVA IN MATERIA DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'amministrazione informa che i dati personali acquisiti mediante la compilazione della presente modulistica, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Reg. UE 2016/679 e dal D.lgs 196/2003 al solo fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia di gestione del rapporto di lavoro.

Data _____

II/la Dichiarante

ALL2

Programmazione Mensile di fruizione dei permessi retribuiti Legge n. 104/92 art. 33 comma 3

**Alla Dirigente Scolastica
Istituto Comprensivo
"Manzoni-Impastato"**

**PERSONALE COMPARTO SCUOLA –
Anno Scolastico 2024/25**

 L SOTTOSCRITT _____
in qualità di (barrare con una X la casella)
☐ Docente (specificare sostegno o disciplina) _____
☐ Assistente Amministrativo
☐ Collaboratore Scolastico

CHIEDE

AI SENSI DELL'ART.33 comma 3 DELLA LEGGE N.104/92, DI POTER USUFRUIRE DEI PERMESSI
RETRIBUITI PER IL MESE DI _____ NEI SEGUENTI GIORNI :

DATA	GIORNO DELLA SETTIMANA

 L SOTTOSCRITT_ si riserva, in caso di sopravvenute esigenze legate a situazioni impreviste e imprevedibili di modificare la programmazione presentata, indicando le ragioni di urgenza.

 L SOTTOSCRITT_ dichiara sotto la propria responsabilità che altri familiari non abbiano fruito dei tre giorni mensili per l'assistenza alla medesima persona disabile.

Data _____

FIRMA _____

Oggetto: Richiesta di concessione dei benefici ai sensi dell'art. 33, comma 6, della Legge 104/92 e ss.mm.ii. per se stessi

____L____sottoscritt_____-

nat____a____il____residente a____

(C.A.P. _____) Via_____n°_____

In servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di_____

CHIEDE

Di essere autorizzato/a a fruire dei **n. 3 giorni di permessi retribuiti di cui all'art. 33 della Legge 104/92 e ss.mm.ii. e delle vigenti norme contrattuali, per se stesso/a** essendo l____stess____già stat____riconosciut____in situazione di handicap grave (art. 3, c. 3, L. 104/92), come da Verbale di riconoscimento della situazione di handicap grave rilasciato dalla competente Commissione Medica integrata ASL/INPS che si allega in copia conforme all'originale.

____l____sottoscritt____, consapevole, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, delle responsabilità e sanzioni, previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi, ed assumendone piena responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. n. 445/200;

DICHIARA

1. di essere in possesso di tutti i requisiti previsti dalla normativa vigente in materia per poter beneficiare di permessi retribuiti di cui all'art. 33 della Legge 104/92 e ss.mm.ii.;
2. che il Verbale di riconoscimento della situazione di handicap grave rilasciato dalla competente Commissione Medica integrata ASL/INPS alla data odierna non ha subito alcuna variazione;
3. che nessun familiare, parente ed affine entro il 3° grado di parentela, lavoratore, ha chiesto di fruire dei permessi retribuiti di cui all'art. 33 della Legge 104/92 e ss.mm.ii., per assistere ____l____sottoscritt____medesim____.
4. che i permessi retribuiti richiesti sono per le necessità legate alla propria situazione di disabilità grave;
5. di essere consapevole che la possibilità di fruire dei permessi retribuiti 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;
6. di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

A tal fine allega:

1. **Copia del Verbale di riconoscimento della situazione di handicap grave** (art. 3, c. 3, L. 104/92), rilasciato dalla competente Commissione Medica integrata ASL/INPS, reso conforme all'originale;
2. **Copia del documento di identità** in corso di validità del dipendente richiedente;

INFORMATIVA IN MATERIA DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'amministrazione informa che i dati personali acquisiti mediante la compilazione della presente modulistica, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Reg. UE 2016/679 e dal D.lgs 196/2003 al solo fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia di gestione del rapporto di lavoro..

Luogo e data

(Firma)

Oggetto: Richiesta di concessione dei benefici ai sensi dell'art. 33, comma 3, della Legge 104/92 e ss.mm.ii. per assistenza familiare in situazione di disabilità grave

____ L. sottoscritt _____ -

nat ____ a _____ il _____ residente a _____

(C.A.P. _____) Via _____ n° _____

In servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di _____

CHIEDE

di essere autorizzato/a a beneficiare dei permessi retribuiti previsti dalla Legge 104/92 art. 33, comma 3 e ss.mm.ii. 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;

per assistere il/la proprio/a _____

(indicare il rapporto di coniugio/parentela/affinità)

le cui generalità sono di seguito indicate:

Cognome _____ Nome _____

nato/a il _____ a _____ prov.()

cod. fiscale _____ residente a _____

in via _____ n. _____ C.A.P. _____

____ L. sottoscritt _____, consapevole, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, delle responsabilità e sanzioni, previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi, ed assumendone piena responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. n. 445/2000;

DICHIARA

1. di essere in possesso di tutti i requisiti previsti dalla normativa vigente in materia per poter beneficiare di permessi retribuiti di cui all'art. 33 della Legge 104/92 e ss.mm.ii.;

☐ che l'altro genitore della persona disabile:

Nome.....Cognome.....nat.....a.....

il.....Codice Fiscale.....

non dipendente/dipendente presso.....

beneficia dei permessi retribuiti previsti dalla Legge 104/92 art. 33, comma 3 e ss.mm.ii. per lo/a stesso/a figlio/a con disabilità grave alternativamente al/la sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;

☐ il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela /affinità di 3° grado:

- ☐ 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 separato legalmente o divorziato;
- ☐ 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;
2. che il Verbale di riconoscimento della situazione di handicap grave della persona da assistere, rilasciato dalla competente Commissione Medica integrata ASL/INPS, alla data odierna non ha subito alcuna variazione;
 3. che i permessi retribuiti richiesti sono per le necessità legate all'assistenza del familiare in situazione di disabilità grave;
 4. 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 effettivamente la propria opera di assistenza al soggetto disabile;
 5. di essere consapevole che la possibilità di fruire dei permessi retribuiti 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;
 6. di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

A tal fine allega:

1. **Copia del Verbale di riconoscimento della situazione di handicap grave da assistere** (art. 3, c. 3, L. 104/92), rilasciato dalla competente Commissione Medica integrata ASL/INPS, reso conforme all'originale;
 - ☐ (nei casi previsti) **documentazione sanitaria** attestante patologia invalidante rilasciata dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale;
 - ☐ **Dichiarazione sostitutiva ex DPR 445/2000 (per assistenza familiari I e II grado);**
 - ☐ **Dichiarazione sostitutiva ex DPR 445/2000 (per assistenza familiari III grado);**
2. **Copia del documento di identità** in corso di validità del dipendente richiedente;
 - ☐ (solo se ricorre la condizione) **documentazione sanitaria attestante le patologie** invalidanti ai sensi del Decreto n. 278/2000;
 - ☐ (solo se ricorre la condizione) provvedimento da cui risulti lo **stato giuridico di divorzio o di separazione del familiare di III grado da assistere.**

INFORMATIVA IN MATERIA DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'amministrazione informa che i dati personali acquisiti mediante la compilazione della presente modulistica, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Reg. UE 2016/679 e dal D.lgs 196/2003 al solo fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia di gestione del rapporto di lavoro..

Il/la Dichiarante

Data _____

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

Oggetto: Integrazione della richiesta di concessione dei benefici ai sensi dell'art. 33, comma 3, della Legge 104/92 e ss.mm.ii. per assistenza familiare in situazione di disabilità grave

L. sottoscritt _____

nat. a _____ il _____ residente a _____

(C.A.P. _____) Via _____ n° _____

In servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di _____

già beneficiario/a dei permessi di cui all'oggetto per assistere il/la proprio/a

(indicare il rapporto di coniugio/parentela/affinità)

le cui generalità sono di seguito indicate:

Cognome _____ Nome _____

nato/a il _____ a _____ prov. () _____

cod. fiscale _____ residente a _____

in via _____ n. _____ C.A.P. _____

al fine dell'integrazione della richiesta di concessione dei benefici di cui all'oggetto, già prodotta a codesta Amministrazione, volta a fornire ulteriori dichiarazioni in virtù delle modifiche dell'art. 33, c. 3, L. 104/92 operate dal D.lgs 105/22

consapevole, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, delle responsabilità e sanzioni, previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi, ed assumendone piena responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. n. 445/200;

D I C H I A R A

1. di essere a conoscenza che

- Il diritto a beneficiare dei permessi mensili di cui all'art. 33, comma 3, L. 104/92 e ss.mm.ii. per l'assistenza del familiare disabile suindicato, 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;

2. che oltre al sottoscritto, beneficiano dei permessi di cui sopra il seguente altro familiare tra quelli indicati nella predetta norma di legge, per l'assistenza alla stessa persona disabile grave:

Cognome _____ Nome _____

nat. a _____ prov. () il _____

Codice Fiscale _____ grado di parentela con il disabile _____

Se lavoratore dipendente indicare l'amministrazione/azienda datrice di lavoro _____

Con sede lavorativa _____ in qualità di _____

1. di impegnarsi a comunicare i nominativi di eventuali altri soggetti beneficiari dei permessi di cui sopra;
2. che frazionerà alternativamente il godimento dei permessi retribuiti con gli altri beneficiari, al fine del rispetto del limite dei 3 giorni mensili totali fruibili;
3. che, nei giorni in cui usufruirà dei permessi mensili retribuiti in argomento, nessun altro familiare avente diritto (compreso l'altro genitore nel caso di assistenza ai figli disabili) beneficerà della stessa tipologia di permesso, né del congedo straordinario retribuito di cui all'art. 42 del D.lgs n. 151/2001 e ss.mm.ii. e del congedo di cui all'art. 4, comma 2, L. n. 53/2000, per assistere la stessa persona in situazione di disabilità grave;
4. di essere consapevole che l'amministrazione potrà eseguire controlli volti alla verifica delle dichiarazioni sostitutive rilasciate ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000 e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, è prevista la decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

A tal fine allega:

1. **Copia del documento di identità** in corso di validità del dipendente dichiarante;
☐ **Dichiarazione sostitutiva di certificazioni e dell'atto di notorietà ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 28.12.2000 n. 445 sottoscritta da tutti i soggetti che beneficeranno dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3 della Legge 104/92 e ss.mm.ii. per potere assistere il familiare in condizione di disabilità grave alternativamente, nel limite massimo di 3 giorni complessivi.**

INFORMATIVA IN MATERIA DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'amministrazione informa che i dati personali acquisiti mediante la compilazione della presente modulistica, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Reg. UE 2016/679 e dal D.lgs 196/2003 al solo fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia di gestione del rapporto di lavoro..

Il/la Dichiarante _____

Luoogo e Data _____

DICHIARA

di essere a conoscenza che
il diritto a beneficiare dei permessi mensili di cui all'art. 33, comma 3, L. 104/92 è riservato per l'assistenza del familiare disabile autorizzato, può essere riconosciuta, a più soggetti interessati, avendo diritto tra quelli indicati nella predetta norma di legge (secondo quanto menzionato nel principio del trattamento 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 data di disponibilità non corrente in funzione solo in via alternativa tra loro, nel limite complessivo di tre giorni mensili, per l'assistenza alla stessa persona disabile;

che oltre al sottoscritto, beneficiario dei permessi di cui sopra il seguente altro familiare, tra quelli indicati nella predetta norma di legge, per l'assistenza alla stessa persona disabile grave,

Cognome _____ Nome _____

prov. _____

Codice fiscale _____ grado di parentela con il disabile _____

La lavoratore dichiarante indica l'amministrazione destinataria del presente documento _____

ALL.6**Da compilare per familiari che condividono permessi con altro soggetto beneficiario**ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
""Manzoni - Impastato""**Dichiarazione sostitutiva di certificazioni e dell'atto di notorietà
Ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 28.12.2000 n. 445**

___ sottoscritt___

Cognome _____ Nome _____

nat___a _____ il _____ residente a _____

(C.A.P. _____) Via _____ n° _____

In servizio presso _____ in qualità di _____

Cognome _____ Nome _____

nat___a _____ il _____ residente a _____

(C.A.P. _____) Via _____ n° _____

In servizio presso _____ in qualità di _____

consapevoli, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, delle responsabilità e sanzioni, previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi, ed assumendone piena responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. n. 445/200;

D I C H I A R A N O

Sotto la propria responsabilità

Che ai sensi del Decreto Legislativo n. 105 del 30/06/2022 beneficeranno dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, della Legge 104/92 e ss.mm.ii. per potere assistere il/la proprio/a (specificare rapporto di parentela) _____ in condizione di disabilità grave accertata Cognome _____ Nome _____ nato/a il _____ a _____ (Prov. _____) residente a _____ (Prov. _____) in Via _____ n. _____, **alternativamente, nel limite massimo di 3 giorni complessivi.**

Entrambi/e si impegnano a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevoli 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.

A tal fine allega:

1. **Copia del documento di identità** in corso di validità dei/lle dichiaranti;

INFORMATIVA IN MATERIA DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'amministrazione informa che i dati personali acquisiti mediante la compilazione della presente modulistica, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Reg. UE 2016/679 e dal D.lgs 196/2003 al solo fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia di gestione del rapporto di lavoro.

Luogo e Data _____

Firma del/la Dichiarante n. 1 _____

Firma del/la Dichiarante n. 2 _____

**Dichiarazione sostitutiva di certificazioni e dell'atto di notorietà
Ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 28.12.2000 n. 445**

____ L. _____ sottoscritt _____

nat. ____ a _____ il _____ residente a _____

(C.A.P. _____) Via _____ n° _____

In servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di _____

consapevole, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, delle responsabilità e sanzioni, previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi, ed assumendone piena responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. n. 445/200;

D I C H I A R A

Sotto la propria responsabilità

1. Di essere

☐ Parente

☐ Affine

☐ Primo grado

☐ Secondo grado

In quanto _____ (indicare il rapporto di parentela)

Del/la disabile grave

Nome.....Cognome.....nat.....a.....

il.....Codice Fiscale.....

2. Che il familiare da assistere è stato riconosciuto in condizione di disabilità grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3, L. 104/92 e ss.mm.ii.

3. Che il soggetto disabile da assistere non è ricoverato a tempo pieno presso alcuna struttura pubblica o privata, che fornisce assistenza sanitaria continuativa per le 24 ore;

4. Che il soggetto disabile da assistere è lavoratore dipendente

☐ Sì

☐ No

In caso affermativo indicare l'amministrazione/azienda datrice di lavoro _____

e la sede lavorativa _____

5. Di essere a conoscenza che

➤ Il diritto a beneficiare dei permessi mensili di cui all'art. 33, comma 3, L. 104/92 e ss.mm.ii. per l'assistenza del familiare disabile suindicato, 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;

6. che

☐ è l'unico soggetto beneficiario dei permessi di cui sopra;

☐ oltre al/la sottoscritto/a, beneficia dei permessi il seguente altro familiare tra quelli indicati nella predetta norma di legge, per l'assistenza alla stessa persona disabile grave:

Cognome _____ Nome _____

nat. a _____ prov. () il _____

Codice Fiscale _____ grado di parentela con il disabile _____

Se lavoratore dipendente indicare l'amministrazione/azienda datrice di lavoro _____

Con sede lavorativa _____ in qualità di _____

7. di impegnarsi a comunicare i nominativi di eventuali altri soggetti beneficiari dei permessi di cui sopra;
8. che, in presenza di altri beneficiari, frazionerà alternativamente con essi il godimento dei permessi retribuiti, al fine del rispetto del limite dei 3 giorni mensili totali fruibili;
9. che, nei giorni in cui usufruirà dei permessi mensili retribuiti in argomento, nessun altro familiare avente diritto (compreso l'altro genitore nel caso di assistenza ai figli disabili) beneficerà della stessa tipologia di permesso, né del congedo straordinario retribuito di cui all'art. 42 del D.lgs n. 151/2001 e ss.mm.ii. e del congedo di cui all'art. 4, comma 2, L. n. 53/2000, per assistere la stessa persona in situazione di disabilità grave;
10. di essere consapevole che l'amministrazione potrà eseguire controlli volti alla verifica delle dichiarazioni sostitutive rilasciate ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000 e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, è prevista la decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

A tal fine allega:

1. **Copia del documento di identità** in corso di validità del dipendente dichiarante;
☐ (solo se ricorre la condizione) **dichiarazione sostitutiva di certificazioni e dell'atto di notorietà ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 28.12.2000 n. 445 sottoscritta da tutti i soggetti che beneficeranno dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3 della Legge 104/92 e ss.mm.ii. per potere assistere il familiare in condizione di disabilità grave alternativamente, nel limite massimo di 3 giorni complessivi.**

INFORMATIVA IN MATERIA DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'amministrazione informa che i dati personali acquisiti mediante la compilazione della presente modulistica, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Reg. UE 2016/679 e dal D.lgs 196/2003 al solo fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia di gestione del rapporto di lavoro..

Il/la Dichiarante

Luogo e Data _____

ALL.8**Da compilare per familiari III grado**

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
"Manzoni - Impastato"

Dichiarazione sostitutiva di certificazioni e dell'atto di notorietà
Ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 28.12.2000 n. 445

____ L. ____ sottoscritt _____

nat ____ a _____ il _____ residente a _____

(C.A.P. _____) Via _____ n° _____

In servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di _____

consapevole, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, delle responsabilità e sanzioni, previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi, ed assumendone piena responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. n. 445/200;

D I C H I A R A

Sotto la propria responsabilità

1. Di essere

☐ Parente

☐ Affine

☐ terzo grado

In quanto _____ (indicare il rapporto di parentela)

Del/la disabile grave

Nome.....Cognome.....nat.....a.....

il.....Codice Fiscale.....

2. che i genitori o il coniuge o la parte dell'unione civile o il convivente di fatto, della persona in situazione di disabilità grave suindicata

☐ sono mancanti

☐ sono deceduti

☐ sono affetti da patologie invalidanti (in tal caso occorre produrre la relativa documentazione sanitaria)

☐ hanno compiuto i 65 anni di età

3. Che il familiare da assistere è stato riconosciuto in condizione di disabilità grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3, L. 104/92 e ss.mm.ii.

4. Che il soggetto disabile da assistere non è ricoverato a tempo pieno presso alcuna struttura pubblica o privata, che fornisce assistenza sanitaria continuativa per le 24 ore;

5. Che il soggetto disabile da assistere è lavoratore dipendente

☐ Sì

☐ No

In caso affermativo indicare l'amministrazione/azienda datrice di lavoro _____

e la sede lavorativa _____

6. Di essere a conoscenza che

➤ Il diritto a beneficiare dei permessi mensili di cui all'art. 33, comma 3, L. 104/92 e ss.mm.ii. per l'assistenza del familiare disabile suindicato, 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;

7. che

- ☐ è l'unico soggetto beneficiario dei permessi di cui sopra;
☐ oltre al/la sottoscritto/a, beneficia dei permessi il seguente altro familiare tra quelli indicati nella predetta norma di legge, per l'assistenza alla stessa persona disabile grave:

Cognome _____ Nome _____

nat__a _____ prov. () il _____

Codice Fiscale _____ grado di parentela con il disabile _____

Se lavoratore dipendente indicare l'amministrazione/azienda datrice di lavoro _____

Con sede lavorativa _____ in qualità di _____

8. di impegnarsi a comunicare i nominativi di eventuali altri soggetti beneficiari dei permessi di cui sopra;
9. che, in presenza di altri beneficiari, frazionerà alternativamente con essi il godimento dei permessi retribuiti, al fine del rispetto del limite dei 3 giorni mensili totali fruibili;
10. che, nei giorni in cui usufruirà dei permessi mensili retribuiti in argomento, nessun altro familiare avente diritto (compreso l'altro genitore nel caso di assistenza ai figli disabili) beneficerà della stessa tipologia di permesso, né del congedo straordinario retribuito di cui all'art. 42 del D.lgs n. 151/2001 e ss.mm.ii. e del congedo di cui all'art. 4, comma 2, L. n. 53/2000, per assistere la stessa persona in situazione di disabilità grave;
11. di essere consapevole che l'amministrazione potrà eseguire controlli volti alla verifica delle dichiarazioni sostitutive rilasciate ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000 e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, è prevista la decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

A tal fine allega:

1. **Copia del documento di identità** in corso di validità del dipendente dichiarante;
☐ (solo se ricorre la condizione) **dichiarazione sostitutiva di certificazioni e dell'atto di notorietà ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 28.12.2000 n. 445 sottoscritta da tutti i soggetti che beneficeranno dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3 della Legge 104/92 e ss.mm.ii. per potere assistere il familiare in condizione di disabilità grave alternativamente, nel limite massimo di 3 giorni complessivi.**

INFORMATIVA IN MATERIA DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'amministrazione informa che i dati personali acquisiti mediante la compilazione della presente modulistica, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Reg. UE 2016/679 e dal D.lgs 196/2003 al solo fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia di gestione del rapporto di lavoro..

Il/la Dichiarante

Luogo e Data _____