



ISTITUTO COMPRENSIVO GUARDIA P.SE –BONIFATI “G. CISTARO”
Scuola dell’Infanzia, Primaria, Secondaria di 1° grado Distretto Scolastico n° 23 - Via A. Moro – Tel 0982608011
C.M. CSIC86100N – Cod. Fisc. 86002130788
E-mail: csic86100n@istruzione.it Pec: csic86100n@pec.istruzione.it Sito web: <https://www.icguardiapiemontese.edu.it>
87020 GUARDIA PIEMONTESE (CS)

Data e protocollo come da segnaturo

Al personale docente e ATA

Al sito web

OGGETTO: FRUIZIONE PERMESSI ART. 33 L. 104/92 ANNO SCOLASTICO 2024/2025 - PRESENTAZIONE DOCUMENTAZIONE ART. 21 L. 104 (INVALIDITÀ PERSONALE)

Si comunica a tutto il personale in servizio che, ai sensi della vigente normativa (Legge 183/2010 e relative Circolari attuative INPS) e al fine di rendere compatibili le richieste di permessi di cui all’oggetto con le esigenze organizzativo-didattiche dell’istituzione scolastica, è necessario attenersi alle direttive che seguono.

La richiesta di riconoscimento dei benefici di cui alla Legge 104/92 va inoltrata a codesto Istituto, che provvederà all’emissione del relativo decreto autorizzativo.

Il dipendente deve formalizzare la richiesta dei benefici di cui sopra producendo la seguente documentazione:

- Domanda in carta semplice, nella quale dichiarare 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 (allegato 1);*
- Certificazione anagrafica attestante il legame di parentela/affinità con l’assistito o eventuale autocertificazione *(allegato 1);*
- Copia conforme all’originale del verbale della Commissione medica attestante lo stato di ‘disabilità grave’ dell’assistito;
- Copia conforme all’originale del verbale della Commissione medica attestante lo stato di invalidità personale (art. 21 - L. 104/92).

Le SS.LL. sono invitate a procedere al più presto alla presentazione della sopraindicata documentazione.

Cordiali saluti.

La Dirigente Scolastica
Prof.ssa Emanuela Manganiello
DOCUMENTO INFORMATICO FIRMATO DIGITALMENTE
AI SENSI DEL D.LGS. 82/2005 S.M.I. E NORME COLLEGATE

ALLEGATO 1: DICHIARAZIONE BENEFICIARI LEGGE 104/1992
ALLEGATO 2: AUTOCERTIFICAZIONE DI RICONFERMA

Oggetto: Dichiarazione beneficiari Legge 104/1992.

 sottoscritt_ _____ nat_ a _____ il _____, residente in _____, in Via _____ n. _____, titolare presso codesto Istituto in qualità di _____ con contratto a tempo _____, comunica di essere destinatario dei benefici previsti dalla Legge 104/92, così come modificato dalla Legge 53/2000, Legge 183/2010 e dal Decreto Legislativo 119/2011, come da documentazione e dichiarazioni allegate in busta chiusa.

Pertanto:

1. consapevole delle responsabilità penali previste dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, conseguenti alla falsità delle dichiarazioni sostitutive rese ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del precitato D.P.R. in luogo di certificazioni amministrative e di atti di notorietà;
2. consapevole che le Amministrazioni Pubbliche sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni difformi o false, può subire una condanna penale e di decadere dagli eventuali benefici ottenuti, con consequenziale recupero,

dichiara

di essere portatore di handicap di cui all'art. 21 della legge n. 104/92, comma _____ art. _____ e percentuale di invalidità _____, come da certificazione allegata in fotocopia ed in busta chiusa;

ovvero

di prestare assistenza al proprio familiare, portatore di handicap che si trova nelle condizioni di cui all'art. 33, commi 5 o 7 legge 104/92 grado di parentela: _____ cognome e nome _____, nat_ il _____ a _____, abitante a _____ in Via _____, di cui è allegata, in busta chiusa, la relativa certificazione.

che la persona per la quale viene chiesto il congedo non è in atto ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati;

che la persona per la quale viene chiesto il congedo è in atto ricoverata a tempo pieno presso _____ Via _____ n. _____, dal _____ ma i sanitari della struttura hanno richiesto la mia presenza come da allegati;

che nessun altro familiare beneficia del congedo straordinario per la stessa persona disabile in situazione di gravità, come da dichiarazioni allegate;

di essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra indicato.

chiede

la fruizione dei previsti permessi.

si obbliga

a comunicare tempestivamente (entro 30 giorni) le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni

dichiarate con la presente autocertificazione, ed in particolare:

- il ricovero a tempo pieno della persona disabile in situazione di gravità;
- la revisione del giudizio di gravità della situazione di handicap da parte della Commissione ASL o comunque la cessazione della validità del riconoscimento dell'handicap in situazione di gravità;
- le modifiche ai periodi di permesso richiesti (in questo caso dovrà presentare domanda di modifica che annulla e sostituisce quella consegnata in precedenza);
- l'utilizzo di permessi da parte di altri familiari per lo stesso disabile in situazione di gravità
- l'eventuale decesso del disabile in situazione di gravità.

I sottoscritt_, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo 196/2003 e articoli 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679, presta il suo consenso al trattamento dei dati personali per i fini indicati nella suddetta informativa e per le finalità direttamente connesse e strumentali all'erogazione del servizio offerto con la presente istanza.

Lì, _____

FIRMA

ALLEGATO 2: RICONFERMA

Al Dirigente Scolastico

I.C. Guardia P. - Bonifati

Oggetto: Autocertificazione beneficiari Legge 104/1992 a. s. 2022/2023 (riconferma).

Il sottoscritt _____ nat_ a _____ il _____, residente in _____, in Via _____ n. __, codice fiscale _____, e-mail _____, titolare presso codesto Istituto in qualità di _____ con contratto a tempo _____, consapevole delle responsabilità penali previste dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, conseguenti alla falsità delle dichiarazioni sostitutive rese ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del precitato D.P.R. in luogo di certificazioni amministrative e di atti di notorietà e consapevole che le Amministrazioni Pubbliche sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni difformi o false, può subire una condanna penale e di decadere dagli eventuali benefici ottenuti, con conseguenziale recupero,

dichiara

1. di essere stato destinatario dei benefici previsti dalla Legge 104/92, così come modificato dalla Legge 53/2000, Legge 183/2010 e dal Decreto Legislativo 119/2011, nel decorso anno scolastico 202_/202_, come da documentazione già in possesso di codesta Istituzione Scolastica;
2. che nulla è variato rispetto al soggetto disabile;
3. che la persona per la quale viene chiesto il congedo non è in atto ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati;
4. che si obbliga a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni dichiarate con la presente autocertificazione, ed in particolare:
 - il ricovero a tempo pieno della persona disabile in situazione di gravità;
 - la revisione del giudizio di gravità della situazione di handicap da parte della Commissione ASL o comunque la cessazione della validità del riconoscimento dell'handicap in situazione di gravità;
 - le modifiche ai periodi di permesso richiesti (in questo caso si impegna a presentare domanda di modifica che annulla e sostituisce quella consegnata in precedenza);
 - l'utilizzo di permessi da parte di altri familiari per lo stesso disabile in situazione di gravità;
 - l'eventuale decesso del disabile in situazione di gravità.

chiede

la fruizione dei previsti permessi in misura oraria/tre giorni mensili.

Il sottoscritt, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo 196/2003 e articoli 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679, presta il suo consenso al trattamento dei dati personali per i fini indicati nella suddetta informativa e per le finalità direttamente connesse e strumentali all'erogazione del servizio offerto con la presente istanza.

Lì, _____

FIRMA
