



ISTITUTO COMPrensIVO STATALE SAN GIUSEPPE JATO / SAN CIPIRELLO
Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° Grado ad indirizzo musicale
C/da Mortilli s.n.c. - C.A.P. 90048 San Giuseppe Jato (PA) - PAIC
884002 E-mail :paic884002@pec.istruzione.it -
paic884002@istruzione.it - Tel. 091/8579953
<http://www.icsangiuseppejato.edu.it>

CIRCOLARE N 8 del 08/09/2023

A tutto il personale scolastico
AI DSGA
Sito

OGGETTO: FRUIZIONE PERMESSI LEGGE N. 104/92.

OGGETTO: fruizione dei permessi retribuiti ai sensi dell'art. 33 della legge 104/92

Si informa che il personale scolastico che fruisce dei permessi retribuiti di cui all'oggetto deve rinnovare la domanda ogni anno scolastico.

Alla luce delle disposizioni normative e al fine di rendere compatibili le richieste di permessi con le esigenze organizzativo-didattiche dell'istituzione scolastica, si forniscono le seguenti direttive:

CONFERMA DELL'ISTANZA PRESENTATA NELL'A.S. PRECEDENTE

Ogni dipendente 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.

PRIMA ISTANZA

La richiesta di riconoscimento dei benefici di cui alla Legge 104/92 e s.m.i. va inoltrata all'istituto di servizio, che provvederà all'emissione del relativo decreto autorizzativo.

Questa dirigenza nei termini previsti dalla normativa vigente, provvederà ad emettere apposito DECRETO. Fino a tale momento, non potranno essere concessi i suddetti permessi.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

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;
 - **la convivenza o meno con l'assistito;**
- **Certificazione anagrafica** attestante il legame di parentela/affinità con l'assistito o eventuale autocertificazione;
- **Copia conforme all'originale del verbale della Commissione medica** attestante lo stato di disabilità grave dell'assistito.

CRONOPROGRAMMA DEI PERMESSI

Al fine di organizzare il servizio, in termini di efficacia ed efficienza, ottimizzando le risorse interne, i **fruttori dei permessi di cui in oggetto sono sollecitati, come previsto dalla normativa vigente, a calendarizzare, entro il 5 di ogni mese, la programmazione delle giornate di fruizione**, ancor di più se le tre giornate sono fruite con regolarità. Si richiama, infine, all'osservanza di quanto disposto dall'art. 15 del CCNL in cui si chiarisce che tali permessi *".... devono essere possibilmente fruiti dai docenti in giornate non ricorrenti"*.

Si richiamano tutti i dipendenti alla massima collaborazione.



Per il dirigente scolastico
Salvatore Ciravolo
Il collaboratore
Antonino Moscarelli

Al Dirigente Scolastico

I.C. San Giuseppe Jato

OGGETTO: Conferma dei requisiti per usufruire dei permessi di cui all'art.33, commi 3 o 6, 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 nell' 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

.....

VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....

OGGETTO: Richiesta permessi di cui all'art.33 della Legge104/1992 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a
nato/a il
in servizio presso con completamento
presso

chiede

alla S.V. di fruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3 (o comma 6), della Legge
104/1992 ai fini dell'assistenza del/la Sig./ra.....
nato/a..... il.....
C.F. residente a
in Via n....., con cui è legata dal
seguente vincolo di parentela:

Il/La sottoscritto/a, ai sensi degli art.75 e 76 del DPR 445/2000 e s.m.i.,

dichiara che

- nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di
disabilità grave;
- l'altro genitore Sig./ra C.F.....
non dipendente/ dipendente presso
beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave
alternativamente al sottoscritto/a nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi
tra i due genitori;
- il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno, con le
eccezioni previste al punto 3 della Circolare del 3 dicembre 2010 n. 155;
 - con il soggetto in situazione di disabilità grave di cui in premessa sussiste un
rapporto di parentela/affinità di 2°grado ;
 - con il soggetto in situazione di disabilità grave di cui in premessa esiste un rapporto
di parentela/affinità di 3°grado (barrare la voce che interessa) e costui:
 - non è coniugato/a;
 - è vedovo/a;
 - è coniugato/a, ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
 - è coniugato/a, ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;
 - è stato coniugato/a, ma il coniuge è deceduto;
 - è separato/a legalmente o divorziato/a;
 - è coniugato/a, 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 genitori affetti da patologia invalidante;

è a conoscenza che

- la richiesta dei permessi è finalizzata non a far fronte a necessità di tipo assistenziale (aiuto all'igiene, aiuto all'alimentazione, supporto personale), ma solamente ad esigenze di tipo 'sanitario';
- se il permesso viene chiesto per un soggetto in attività lavorativa, costui non deve prestare servizio nei giorni di richiesta del permesso;
- ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno) va tempestivamente comunicata all'Ente di appartenenza entro max. 30gg;
- la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'Amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività erogano per l'effettiva tutela dei disabili;
- ai sensi dell'art. 20, comma 3, della Legge 102/2009, lo scrivente può, ove ne ravvisi i presupposti, chiedere direttamente alla commissione ASL gli accertamenti sulla sussistenza dei requisiti delle condizioni di invalidità ed handicap della persona per la quale si chiede di usufruire dei benefici di cui alla Legge 104/92;
- qualora la Commissione medica, nelle ipotesi di cui ai punti 2) e 3) di seguito indicati, non dovesse riconoscere i benefici di cui all'oggetto, le giornate già fruite saranno trasformate in altra tipologia di assenza.

Allega alla presente la seguente documentazione:

1. COPIA CONFORME DEL VERBALE DELL'APPOSITA COMMISSIONE MEDICA di cui all'art.4, comma 1, della L. 104/1992, integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, 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;
2. *In alternativa:* nell'ipotesi di patologia oncologica ove, trascorsi 15 giorni dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave non sia stato ancora rilasciato dalla competente Commissione Medica il verbale di cui al punto 1):
3. certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere;
4. 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 dalla legge;
5. nei casi previsti, documentazione sanitaria attestante patologia invalidante rilasciata dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico;
6. nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.

.....

Firma del dipendente

.....

VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....