



Centro Provinciale per l'Istruzione degli Adulti di Verona

Circ. 10

Verona, 12 settembre 2020

Alla cortese attenzione

> di tutto il personale DOCENTE ed A.T.A. del C.P.I.A.

> Alla D.S.G.A.

> Agli atti



OGGETTO: Legge 104/92 > fruizione permessi e documentazione da presentare alla Dirigente Scolastica

Gentilissimi/e,

ricordo che il requisito inderogabile perché siano riconosciuti i permessi relativi all'oggetto è la condizione di handicap **con connotazione di gravità** accertata (l'art. 3, comma 3, della Legge 104/92) da parte dell'apposita Commissione. **Non basta**, quindi, che sia stato riconosciuto l'art. 3 comma 1 della stessa Legge, anche se accompagnato da **un'invalidità del 100%**.

L'art. 33 comma 3 della Legge 104/92 dispone che il lavoratore dipendente, pubblico o privato, che **assiste persona con handicap in situazione di gravità o che abbia bisogno per se stesso**, abbia diritto a fruire di tre giorni di permesso mensile retribuito. Tale diritto è richiamato anche dall'art. 15, comma 6 del CCNL del 29.11.2007 del Comparto Scuola, che prevede che questi permessi vengano fruiti possibilmente in giornate non ricorrenti.

Il nuovo art. 32 del CCNL 19.04.2018 ha innovato le modalità di fruizione dei permessi per assistenza al disabile legge 104/92 per il personale ATA: i permessi **possono essere fruiti anche a ore, per un massimo di 18 ore mensili. In Contrattazione integrativa d'Istituto abbiamo concordato di dare questa possibilità anche al personale Docente che, così, potrà programmare un orario settimanale "decurtato" delle ore di L. 104 (per delucidazioni contattate pure la sottoscritta).**

Per usufruire dei permessi L. 104/1992, si chiede di presentare **OGNI ANNO** in Segreteria il **Mod. 8** allegato (scaricabile anche dal sito, nell'apposita sezione *Modulistica*).

Come previsto dal Contratto Integrativo d'Istituto e dal nuovo CCNL Scuola (che prevede una programmazione mensile), i dipendenti che usufruiscono dei tre giorni di permesso per la Legge 104/1992 dovranno farne richiesta ad inizio di ogni mese (entro il giorno 3), presentando la programmazione delle assenze in Segreteria su apposito **Modulo n. 9**, al fine di consentire un'efficace organizzazione del servizio.

Le variazioni delle date fissate, dovute a situazioni di emergenza, saranno comunicate alla Dirigente Scolastica.

Cordialmente,



La Dirigente Scolastica Nicoletta Morbioli

Alla Dirigente Scolastica del C.P.I.A. Verona

Oggetto: Diritto ad usufruire L.104/92

Il/la sottoscritto/a

nato/a il

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Insegnante

alfabetizzatore I livello

Assistente Amministrativo Collaboratore Scolastico D.S.G.A.

della sede _____

con rapporto di impiego a Tempo Indeterminato Tempo Determinato

Vista l'autorizzazione della richiesta ad usufruire di permessi ai sensi della L. n. 104 del 05/02/1992 art. 33 comma 3, CCNL art. 15 comma 6 e il nuovo CCNL in

vigore, rilasciata in data:

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

DICHIARA

di essere ancora in possesso dei requisiti richiesti per usufruire dei permessi di cui alla L. 104/92 per l'anno scolastico _____

Sono a conoscenza che possono essere chiesti **massimo 3 giorni** al mese da fruire di norma in giornate non ricorrenti.

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Il/la sottoscritto/a, _____ consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara che le notizie fornite rispondono a verità e che per la fruizione dei permessi in oggetto ricorrono le condizioni previste dalla legge e dalle circolari applicative che la regolano. Inoltre dichiara di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti.

Si impegna a comunicare entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate con la presente, in particolare:

- l'eventuale ricovero del portatore di handicap presso istituti specializzati
- la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL
- le modifiche ai periodi di permesso richiesti
- la fruizione di permessi, per lo stesso portatore di handicap, da parte di altri familiari.

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

data

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Firma:

Visto, la Dirigente Scolastica (Dott.ssa Nicoletta Morbioli)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(ai sensi del T.U. 28/12/2000 D.P.R. n. 445 e della L. 3/2003 art. 15)

Il/La sottoscritt_____

nat_ a _____prov. (____) il_____

residente a _____Via _____

familiare del/della Sig. _____ (specificare la relazione di parentela

o affinità) _____, per il quale la competente

Commissione ASL ha accertato la connotazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L.

104/92, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci dall'art. 76

del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

di essere il referente unico che presta assistenza al Sig. /Sig.ra _____;

che il Sig./Sig.ra _____ non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati.

Il/La sottoscritt_ si impegna a comunicare tempestivamente ogni modifica della situazione di fatto e di diritto che determina la sospensione o la cessazione dalla titolarità ai benefici.

_____ li, _____ Firma _____

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che l'Amministrazione può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini Istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 "Tutela della privacy")

Letto, confermato, sottoscritto.

Verona, _____ Firma _____

Oggetto: Richiesta di permesso L.104/92 (da consegnare in Segreteria entro il 3 di ogni mese)

Il/la sottoscritto/a

nato/a

il / /

Insegnante alfabetizzatore I livello

Assistente Amministrativo Coll. Scolastico D.S.G.A.

della sede _____

con rapporto di impiego a Tempo Indeterminato Tempo Determinato

Vista l'autorizzazione della richiesta ad usufruire di permessi ai sensi della L. n.104 del 05/02/1992 art. 33 comma 3 ,CCNL art. 15 comma 6 ed il vigente CCNL

 / /

Scuola rilasciata in data:

CHIEDE

di usufruire dei suddetti permessi nei seguenti **giorni** (indicare giorno della settimana e data):

ORARIO:	ORARIO:	ORARIO:

(possono essere chiesti **massimo 3 giorni** al mese da fruire di norma in giornate non ricorrenti)

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara che le notizie fornite rispondono a verità e che per la fruizione dei permessi in oggetto ricorrono le condizioni previste dalla legge e dalle circolari applicative che la regolano. Inoltre dichiara di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti.

Si impegna a comunicare entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate con la presente, in particolare:

- l'eventuale ricovero del portatore di handicap presso istituti specializzati
- la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL
- le modifiche ai periodi di permesso richiesti
- la fruizione di permessi, per lo stesso portatore di handicap, da parte di altri familiari.

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

data

 / /

Firma:

Visto, la Dirigente Scolastica (Dott.ssa Nicoletta Morbioli)