



ISTITUTO TECNICO AGRARIO
"GIUSEPPE GARIBALDI"
1872



✉ rmta070005@istruzione.it - rmta070005@pec.istruzione.it
🌐 www.agrariogaribaldiroma.edu.it

CIRCOLARE N. 19

A tutto il personale
Alla segreteria del personale
Alla DSGA e sito web

OGGETTO: fruizione benefici L. 104/92

Con la presente si informa che il personale scolastico che fruisce dei permessi di cui all'oggetto deve rinnovare la domanda ogni anno scolastico sulla base della normativa di seguito indicata. La domanda sarà consegnata all'Ufficio del Personale **entro il 7 ottobre p.v.** compilando il modulo allegato e eventuali relativi allegati.

Ai sensi dell'art.33 della L.104/92 nonché della circolare n.13 del 2010 del Dipartimento della funzione pubblica avente per oggetto "Modifiche alla disciplina in materia di permessi per l'assistenza alle persone con disabilità", i lavoratori beneficiari di tali permessi sono tenuti a comunicare i giorni di assenza a tale titolo con congruo anticipo con riferimento all'arco temporale del mese, al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività scolastica, salvo dimostrate situazioni di urgenza.

Ai sensi della circolare dell'INPS n.45 del 1/03/2011 relativa alle modalità di fruizione dei permessi per l'assistenza alle persone con disabilità, il punto 2.1. recita **"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"**.

Nel caso di impreviste ed improcrastinabili esigenze di tutela all'assistito, si provvederà con dichiarazione scritta alla variazione del calendario assenze presentato nel mese di competenza. Si fa presente, altresì, che tali permessi devono essere fruiti **in giornate possibilmente non ricorrenti**.

Si rammenta, infine, che l'assenza dal lavoro per usufruire dei permessi ai sensi della L. 104/92 deve trovare ragione e giustificazione nell'assistenza alla persona con disabilità; pertanto il comportamento del dipendente che si avvale di tale beneficio per attendere ad esigenze diverse integra l'abuso del diritto e viola i principi di correttezza e buona fede nei confronti del datore di lavoro e dell'Inps, che potranno pertanto provvedere in ogni tempo ai dovuti controlli.

Sulla base di quanto sopra, si forniscono le specifiche per la fruizione di tali permessi:

PRESENTAZIONE PRIMA ISTANZA

La richiesta di riconoscimento dei benefici ex art.33 L. 104/92 va inoltrata all'istituto completo di

dichiarazioni e copie documenti come da modello allegato e reperibile sul sito web (servizi personale scolastico- modulistica) dell'Istituto.

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

Ogni dipendente è tenuto, secondo le modalità di cui agli artt. 75 e 76 DPR 445/2000 e ss.mm.ii. a produrre autocertificazione sulla permanenza delle condizioni di fruizione di tali permessi ai sensi dell'art. 33 L.104/92.

PERDITA DEL BENEFICIO EX L.104/92

Ogni dipendente è tenuto a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto dalla quale deriva la perdita dei suddetti benefici.

Si ringrazia per la collaborazione.

Il Dirigente Scolastico

Andrea Pontarelli

Allegato:

- Modulo richiesta benefici L.104/92



Firmato da:
PONTARELLI ANDREA
Codice fiscale: PNTNDR80S19F912W
28/09/2022 17:17:12

OGGETTO: richiesta di riconoscimento dei permessi ai sensi della L.104/92 art.33 - a.s. 20 ____/20 ____

Il/la sottoscritto/a _____

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

in servizio presso l'ITA Giuseppe Garibaldi - Roma in qualità di Docente / Educatore / ATA a tempo determinato/indeterminato

CHIEDE

di beneficiare

- dei permessi previsti dall'art.33 comma 3
- del congedo biennale dal _____ al _____

DICHIARA

sotto la **propria personale responsabilità** ai sensi degli art.46,47 del DPR 445/2000, **consapevole** che ai sensi dell'art.76 del DPR 445/2000 "Chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso (...) nei casi previsti dal presente TU è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia"

(barrare le caselle che interessano)

- che presta assistenza nei confronti di _____
Nato/a a _____ prov. (____) il _____
Residente a _____ in Via _____ n. _____
che è in situazione di disabilità come da verbale della Commissione Medica allegato alla presente
- che l'assistito è coniuge, parte di unione civile o convivente con il/la sottoscritto/a
- che l'assistito non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati
- che l'assistito ha il seguente grado di parentela _____
- che pur avendo un grado di parentela/affinità di terzo grado, l'assistito non ha genitori, coniuge, parte di unione civile o convivente che lo possano assistere perché:
 - mancanti
 - affetti da patologie invalidanti (documentate)
 - ultrasessantacinquenni

In attesa di accoglimento della richiesta di cui sopra, il/la sottoscritto/a **allega:**

- copia originale del verbale della Commissione Medica ovvero copia autenticata dello stesso che attestino la situazione di disabilità dell'assistito
- certificato medico dal quale risulti la patologia invalidante in caso di deroga al 2° di parentela o affinità
- dichiarazione che gli altri familiari entro il secondo grado (o terzo nei casi previsti) non sono idonei a prestare assistenza

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Data _____

In fede _____