



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI CERVARO
Corso della Repubblica 23 03044 Cervaro (Fr)
☎ 0776/367013 fax 0776/366759 ✉ FRIC843003@istruzione.it

Prot. n. 3433

Cervaro, 04/09/2015

CIRCOLARE N. 2

Al personale Docente ed A.T.A. **interessato**

Sedi di servizio

e p.c. al DSGA

Oggetto: Benefici legge 104 , art.33 , co.3 - permessi mensili

Tutti i nuovi assunti dell'a.s. 2015/2016 che hanno diritto a fruire dei benefici della Legge 104/92 (anche in base alle modifiche apportate dalle ultime Leggi) sono invitati a presentare in Segreteria la documentazione attestante il godimento del diritto e di seguito indicata :

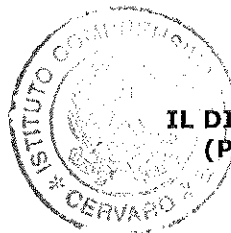
- produzione della dichiarazione di scelta della persona che presta assistenza, resa dal disabile-assistito o da suo tutore legale nei casi previsti utilizzando il Modulo allegato (*All. A - Modulo scelta assistente da parte della persona disabile o Tutore nei casi previsti*).
- compilazione del modulo allegato (*All. B - Modello assistenza L.104/1992*) per l'autocertificazione dell'esclusività e della continuità;
- produzione di una copia conforme all'originale della certificazione medica dello stato di handicap grave (art.33 co.3 Legge 104/1992), se non prodotta nella tipologia richiesta;
- produzione della dichiarazione dei parenti e degli affini lavoratori che **NON** prestano assistenza al disabile e **NON** fruiscono del beneficio, di cui alla Legge 104/1992 art.33 co.3. resa utilizzando il modello allegato (*All. C - Modello assistenza Legge 104/1992 parenti-affini lavoratori*);

Il personale che ha già depositato la documentazione per la fruizione dei benefici della L.104/92 presso gli uffici di segreteria, deve confermare il diritto alla fruizione dei benefici di cui sopra.

Tutti i beneficiari della L.104/92 sono tenuti alla compilazione di un Piano mensile di fruizione da presentare prima dell'inizio di ogni mese.

La documentazione richiesta deve essere consegnata in Segreteria entro e non oltre le ore 12.00 di lunedì, 14 settembre 2015. Informo che, fin quando la documentazione non sarà consegnata, non si potrà fruire dei benefici della Legge 104/92.

Salve eventuali e ulteriori variazioni legislative.



IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof..Pascale Pietro)

Modello Assistenza disabili (art.33 co.3 legge 104/1992) scelta lavoratore che presta assistenza

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

RESA AI SENSI DEL D.P.R.445/2000 DALLA PERSONA CON DISABILITA' IN SITUAZIONE DI GRAVITA' ,
OVVERO DAL SUO AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO , OVVERO DAL SUO TUTORE LEGALE

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ prov. _____, residente a _____

in via _____, in situazione di handicap grave (art.33 co.3

Legge 104/1992), come da certificato rilasciato dalla ASL- Commissione medica competente e

prodotto all'Istituto Comprensivo Statale di Cervaro dal/la sig./ra _____

_____ ai fini della concessione dei benefici di legge (Legge 104 /1992 art.33 co.3,;

ai sensi dell'art 47 del DPR 445 del 2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76

per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci;

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA'

1. di effettuare la scelta sul/la sig./ra _____

parente-affine entro il 3° grado _____

(specificare parentela -affinità)

nato/a il _____ a _____ prov. _____

2. che NON ci sono altri parenti-affini entro il 3° grado del/la sig./ra in situazione di handicap grave che lavorano che prestano assistenza al/la sottoscritto/a e fruiscono dei benefici di cui alla Legge 104/1992 art 33 co.3 (permessi-assenze mensili per assistenza)

Data.....

Firma.....

Il sottoscritto inoltre dà il consenso al trattamento dei dati personali, di cui alla presente dichiarazione e dei dati sensibili riguardanti la propria persona, di cui alla certificazione dello stato di handicap grave rilasciata dalla ASL-Commissione medica competente, da parte della Amministrazione Scolastica Istituto Comprensivo Statale di Cervaro per le finalità indicate nell'informativa ricevuta con nota prot. n.3348 del 2 settembre 2013.

Data.....

Firma.....

Allega :

- Copia conforme all'originale della COPIA FOTOSTATICA del documento di identità

- Copia conforme all'originale della COPIA FOTOSTATICA del documento di identità

All. B

Modello Assistenza disabili (art.33 co.3 Legge 104/1992)

Modello per parente o affine di 3° grado di persona con handicap grave, che si avvale dei benefici di cui all'art.33,co.3,L.104/92; art.19,lett.a),L.53/2000; Parere n.13 /2008 Funzione Pubblica.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
RESA AI SENSI DEL D.P.R.445/2000**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ prov. _____, residente a _____
in via _____, in servizio nell'Istituto Comprensivo Statale di
Cervaro in qualità di _____

ai fini della concessione dei benefici di legge (Legge 104 /1992 art.33 co.3);
ai sensi dell'art 47 del DPR 445 del 2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76
per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci;

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA'

1- di essere parente-affine entro il 3° grado del/la sig./ra _____

(specificare parentela-affinità)

nato/a il _____ a _____ prov. _____
in handicap grave (art.33,co.3 L.104/1992);

2- di prestare assistenza esclusiva al/alla sig./ra in handicap grave di cui al p.to 1;

3- che i parenti-affini entro il 3° grado del/la sig./ra in situazione di handicap grave che lavorano sono i seguenti:(indicare nome cognome data e luogo di nascita)

4- di prestare assistenza continuativa al sig./ra _____
ossia di essere in grado di assicurare al disabile citato un'assistenza continuativa,
sistematica e costante al di fuori dell'orario di lavoro;

5- che il /la sig./ra disabile di cui al p.to 1 non è ricoverato/a presso strutture sanitarie,
assistenziali o altro;

6- che si impegna a comunicare, nello stesso momento in cui si verifica,
all'Amministrazione qualsiasi cambiamento rispetto a quanto dichiarato relativamente
alla residenza del disabile citato a cui presta assistenza, le condizioni di esclusività e
continuità così come espresse, oltre ad eventuali modifiche della certificazione h
apportate dalla ASL;

7- che si impegna a produrre, prima dell'inizio di ciascun mese, un Piano di fruizione con
l'indicazione dei giorni di permesso per assistenza di cui intende fruire.

Data.....

Firma.....

Allega :

- Copia conforme all'originale della certificazione dello stato di handicap del disabile
- Dichiarazione dei parenti-affini lavoratori di cui al p.to3 che NON prestano assistenza e che NON fruiscono dei benefici di cui all'art.33 co.3 della Legge 104/1992 (permessi mensili)

Modello Assistenza disabili (Parenti Lavoratori che NON fruiscono dei benefici L.104/1992 art.33 co.3)

*Modello per parente o affine di 3° grado di persona con handicap grave, che **NON si avvale** dei benefici di cui all'art.33,co.3, L.104/92;art.19, lett.a),L.53/2000; Parere n.13/2008 Funzione Pubblica.*

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
RESA AI SENSI DEL D.P.R.445/2000**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ prov. _____, residente a _____
via _____, lavoratore dipendente ☐ libero professionista ☐
(barrare con una X la voce che interessa)
in qualità di _____ presso _____
situata in via _____ Comune _____ Prov. _____
(Indicare la sede legale)

ai fini della concessione dei benefici di legge (Legge 104 /1992 art.33 co.3) al/la
sig./ra _____;

ai sensi dell'art 47 del DPR 445 del 2000, consapevole delle sanzioni penali previste
dall'art.76 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci;

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA'

1- di essere parente-affine entro il 3° grado del/la sig./ra _____
_____ (specificare parentela -affinità)
nato/a il _____ a _____ prov. _____
in handicap grave (art.33,co.3 L.104/1992);

2- di NON prestare assistenza al/alla sig./ra in handicap grave di cui al p.to 1;

3- di NON fruire dei benefici di cui alla Legge 104/1992 art.33 co.3 (permessi assenze per assistenza)

Data.....

Firma.....

Il sottoscritto inoltre dà il consenso al trattamento dei dati personali di cui alla presente dichiarazione da parte dell' Amministrazione Scolastica Istituto Comprensivo di Cervaro per le finalità indicate nell'informativa ricevuta.

Data.....

Firma.....

Allega :

Dichiarazione

(resa ai sensi del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

...Io... sottoscritt....., nat__ a _____

Il _____ e residente a _____ in via/piazza _____

In servizio presso questo Istituto in qualità di _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, di essere l'unica persona in grado di assistere _____

nat__ a _____ il _____ e residente a _____

In via _____ affett__ da Handicap Grave rientrante tra i requisiti previsti dall'art. 3

comma 3 della L. 104/92, come si evince dalla documentazione depositata presso questo Istituto.

Cervaro, _____

Firma