



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO CERVARO
Corso della Repubblica 23 03044 Cervaro (Fr) Cod.Mecc. FRIC843003
☎ Uffici 0776/367013 - 0776/366759 fax 0776/366759
✉ FRIC843003@istruzione.it ✉ PEC FRIC843003@pec.istruzione.it
Cod Fiscale 90032220601 Cod IPA UFR501

Prot. n. 5982/2017

Cervaro, 07/09/2017

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. 2017/2018 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 venerdì, 15 settembre 2017. 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

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

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 :

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

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)



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI CERVARO
Corso della Repubblica 23 03044 Cervaro (Fr)
☎ 0776/367013 fax 0776/366759 ✉ FRIC843043@istruzione.it

Al/la Sig.ra.....

SEDE

Oggetto: Legge 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali". Informativa all'interessato.

Secondo quanto previsto dall'art. 13 del D. LGS 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" recante disposizioni sulla tutela della persona e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali, questa Istituzione Scolastica, rappresentata dal Dirigente Scolastico **Prof. PASCALE PIETRO** in qualità di Titolare del trattamento dei dati personali, per espletare le sue funzioni istituzionali ai fini della concessione dei benefici di cui alla Legge 104 art.33 co.3 a coloro che per Legge ne fanno richiesta, deve acquisire o già detiene dati personali che La riguardano.

La informiamo inoltre che il trattamento dei suoi dati personali avrà le seguenti finalità:

- gestione assenze del personale
- beneficio dei permessi mensili di cui alla Legge 104/1992
- adempimento di obblighi derivanti da Leggi, contratti;
- tutela dei diritti in sede giudiziaria

Le forniamo a tal fine le seguenti ulteriori informazioni:

- Il trattamento dei Suoi dati personali sarà improntato a principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.
- I Suoi dati personali verranno trattati anche con l'ausilio di strumenti elettronici o comunque automatizzati con le modalità e le cautele previste dal predetto D. LGS e conservati per il tempo necessario all'espletamento delle attività istituzionali e amministrative riferibili alle predette finalità
- Il titolare del trattamento è il Dirigente Scolastico **Dott. Pascale Pietro;**
- Il responsabile del trattamento è il Direttore dei Servizi Generali e Amministrativi **Petrone Anna;**
- L'incaricato al trattamento è l'assistente amministrativo (o gli incaricati sono) **Fusco Franca** espressamente autorizzato/i all'assolvimento di tali compiti, identificati ai sensi di legge, ed edotto/i dei vincoli imposti dal D.Lgs. n. 196/2003;
- I dati oggetto di trattamento potranno essere comunicati ai seguenti soggetti esterni all'istituzione scolastica per fini funzionali:
MIUR, Centro Servizi Amministrativi, Collegio Revisori dei Conti, Guardia di Finanza e Organi di controllo in materia di autocertificazione previsti dalla norma, Enti e Uffici previsti in occasione dei controlli svolti dall'Amministrazione sulla veridicità delle dichiarazioni personali rese dagli interessati.

Le ricordiamo infine:

- che il conferimento dei dati richiesti è indispensabile a questa istituzione scolastica per l'assolvimento dei suoi obblighi istituzionali, pertanto il mancato consenso al trattamento può comportare il mancato o parziale espletamento di tali obblighi;
- che in ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D. LGS 196/2003.

F.to **IL DIRIGENTE SCOLASTICO**
Titolare del trattamento dati
(**Prof. Pietro Pascale**)



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO CERVARO
Corso della Repubblica 23 03044 Cervaro (Fr) Cod.Mecc. FRIC843003
☎ Uffici 0776/367013 - 0776/ 366759 fax 0776/366759
✉ FRIC843003@istruzione.it ✉ PEC FRIC843003pec@istruzione.it
Cod Fiscale 90032220601 Cod IPA UFR501

Al Dirigente Scolastico
Del Istituto Comprensivo di CERVARO

Oggetto: **richiesta benefici ai sensi della Legge 104/92**

Il/la sottoscritto/a _____ in servizio presso l' Istituto Comprensivo di Cervaro in qualità di _____, chiede di poter fruire dei benefici previsti dalla L.104/92 ;

➤ **in quanto disabile (art. 33 cc. 2, 3 e 6 della Legge 104/1992).**

A tal fine dichiara

- che l'ASL di _____, nella seduta del ____/____/____, ha riconosciuto la gravità dell'handicap come da documentazione allegata.

- di voler fruire dei permessi secondo le seguenti modalità:

☐ tre giorni al mese;

☐ due ore al giorno dalle ore _____ alle ore _____;

- di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 -

T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445.

➤ **per assistere un genitore o parente/affine in situazione di handicap grave (art. 33 c. 3 della Legge 104/1992).**

A tal fine dichiara

- che l'ASL di _____, nella seduta del ____/____/____, ha riconosciuto la gravità dell'handicap, come da documentazione allegata di

Cognome e Nome _____ Grado di parentela (entro il 3° grado) _____ Nato/a a _____ il _____ e residente in _____ via _____

- di essere/non essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra specificato;

- che l'assistito non svolge attività lavorativa per il periodo richiesto;

- di assistere in via continuativa ed esclusiva la persona sopra indicata non essendoci parenti ed affini entro il 3° grado conviventi con la persona sopra indicata e non lavoratori, che possano fornirle assistenza come da dichiarazioni allegate;

che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati;

che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap come da dichiarazioni allegate

di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445

Il Dipendente

Si allega:

verbale della Commissione Medica di Verifica / certificazione provvisoria di handicap;
certificato di Stato di famiglia;
n. ____ dichiarazioni Assistenza disabili;

Luogo _____ Data _____

(Spazio riservato all'ufficio)

Vista l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata,
si autorizza / non si autorizza la fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/92, art. 33 e successive modificazioni.
Motivi per eventuale diniego:

Il Dirigente Scolastico

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dell'Istituto Comprensivo
CERVARO**

__l__ sottoscritt__ nat__ a __

In servizio presso questo Istituto in qualità di __

A tempo determinato/indeterminato, dichiara di trovarsi nelle condizioni di poter usufruire per l'a.s.

__ dei benefici della legge 104/92, in quanto nulla è mutato dall'ultima

comunicazione.

Si impegna inoltre a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione.

Cervaro, __

Firma