



ISTITUTO COMPrensIVO  
DI SCUOLA DELL'INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI I GRADO  
VIA FOSSA DELLA NEVE – 90038 PRIZZI (PA) –  
TEL. 091/8345040- FAX 091/8344494 - Codice Fiscale 93003370827  
E-MAIL [paic88200a@istruzione.it](mailto:paic88200a@istruzione.it) - PEC: paic88200a@pec.istruzione.it  
sito web : [www.icprizzi.edu.it](http://www.icprizzi.edu.it) - Cod. Mecc. PAIC88200A

ISTITUTO COMPrensIVO-PRIZZI  
Prot. 0005691 del 04/09/2024  
VII (Uscita)

PRIZZI 04/09/2024

Circolare n. 03

AI DOCENTI  
AL PERSONALE ATA  
AL D.S.G.A.  
ALL'ALBO  
AL SITO WEB

### OGGETTO: Fruizione dei permessi di cui alla L.104/92

Relativamente all'oggetto, si informano tutti i dipendenti che dal 13 agosto 2022 sono entrate in vigore le nuove regole per la fruizione dei permessi di cui alla legge 104/92, introdotte dal Decreto Legislativo 30 giugno 2022, n. 105, pubblicato nella G.U. Serie Generale n. 176 del 29 luglio.

Il decreto legislativo n. 105/2022 ha riformulato il comma 3 dell'articolo 33 della legge n. 104/1992, eliminando il principio del "*referente unico dell'assistenza*", in base al quale, nel previgente sistema, a esclusione dei genitori – a cui è sempre stata riconosciuta la particolarità del ruolo svolto – non poteva essere riconosciuta a più di un lavoratore dipendente la possibilità di fruire dei giorni di permesso per l'assistenza alla stessa persona in situazione di disabilità grave (L.104/92 art. 3 comma 3).

Alla luce della nuova normativa invece i permessi possono essere riconosciuti, su richiesta, a più soggetti tra quelli aventi diritto, che possono fruirne in via alternativa tra loro, resta fermo il limite complessivo di n. 3 giorni di permesso o 18h (personale ATA) per l'assistenza alla stessa persona con disabilità in situazione di gravità.

### PRESENTAZIONE ISTANZA DI RICONOSCIMENTO DEI BENEFICI

Allegato 1 - Richiesta permessi per assistere un familiare

Allegato 2 - Richiesta permessi per disabilità personale

Allegato 3 - Dichiarazione di conferma dei benefici di cui all'art.33, Legge 104/92

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

inoltrata anche all'eventuale istituto di completamento a cui deve essere consegnato successivamente il decreto di riconoscimento dei benefici della Legge 104.

Il dipendente deve formalizzare la richiesta dei benefici di cui sopra allegando la seguente documentazione:

- a) Certificazione anagrafica attestante il legame di parentela/affinità con l'assistito o eventuale autocertificazione;
- b) Copia conforme all'originale del verbale della commissione medica attestante lo stato di "disabilità grave" dell'assistito;
- c) Verbale della Commissione medica nel quale risulta la percentuale di invalidità;
- d) 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 deve prestare l'assistenza prevista dalla Legge .

#### **MODALITA' DI FRUIZIONE DEI PERMESSI DI CUI ALLA Legge 104/92**

I permessi di cui all'art. 33, commi 3 e 6, della L.104/92 e s.m.i. devono essere fruiti dal dipendente:

- in giornate non ricorrenti;
- comunicati, salvo improvvise esigenze, almeno tre giorni prima della fruizione;
- non per far fronte a necessità di tipo assistenziale (aiuto all'igiene, aiuto all'alimentazione, supporto personale), ma solamente per necessità di tipo sanitario.

#### **CRONOPROGRAMMA DEI PERMESSI**

Si precisa inoltre che, ai sensi della normativa vigente, coloro che fruiranno dei permessi in parola sono tenuti a produrre una programmazione mensile da presentare entro il 30 del mese precedente, salvo improvvise e improcrastinabili esigenze di assistenza del soggetto disabile. In tal caso il lavoratore, previa istanza al Dirigente Scolastico, di norma entro i tre giorni precedenti la fruizione del permesso, potrà variare la giornata già comunicata nel cronoprogramma.

Si porta a conoscenza del personale scolastico, che 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.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Prof. Zambito Giuseppe  
Documento Firmato digitalmente

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
docente / personale ata a tempo indeterminato / determinato in servizio presso questo istituto  
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate  
dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000,

CHIEDE

di poter fruire dei permessi retribuiti previsti ai sensi dell'art.33, comma 3 della Legge 05/2/1992, n. 104, modificato  
dall'art. 19 e 20 della Legge n.53 dell'8/3/2000 e dell'art.24 della Legge n.182 del 4/11/2010 al fine dell'assistenza  
(barrare la casella d'interesse):

a se stesso

al sottoindicato familiare in situazione di handicap:

cognome \_\_\_\_\_ e nome \_\_\_\_\_  
grado di parentela \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
domiciliato a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

A tal fine allega il verbale di accertamento della Commissione Sanitaria che attesta la situazione di gravità del grado di  
handicap, ai sensi dell'art.4, comma 1 della Legge 104/92.

Nel caso di assistenza al familiare, sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

DICHIARA

1. di essere :

- parente o affine entro il 2° grado del familiare sopra menzionato;
- parente o affine di 3° grado del familiare sopra menzionato ma di chiedere la fruizione dei permessi in quanto  
il coniuge / i genitori del familiare con handicap hanno compiuto i 65 anni di età / sono affetti da patologie  
invalidanti / sono deceduti o mancanti;
- di essere convivente di fatto;

PARENTI / AFFINI

PARENTI		
GRADI	IN LINEA RETTA	IN LINEA COLLATERALE
1°	I genitori ed il figlio	=====
2°	L'avo o l'ava (nonni) ed il nipote	I fratelli e le sorelle
3°	Il bisavolo e la bisavola (bisnonni) e il pronipote	Lo zio o la zia ed il nipote da fratello o sorella.

AFFINI	
GRADI	
1°	I suoceri con i generi e le nuore. Il patrigno e la matrigna con i figliastri.
2°	I cognati (va notato che il coniuge del cognato non è affine, cioè non sono miei affini i cognati e le cognate di mia moglie; né sono affini tra loro i mariti di due sorelle)
3°	La moglie della zio, il marito della zia, la moglie del nipote e il marito della nipote.

2. di non essere / essere convivente con l'interessato;

3.  di essere l'unico soggetto che ha chiesto di poter fruire dei permessi per l'assistenza al familiare  
sopraindicato;

di non essere l'unico soggetto che ha chiesto di poter fruire dei permessi per l'assistenza al familiare  
sopraindicato ma che gli altri soggetti interessati sono:

**NOVITA** D. Lgs n. 105/2022 : i tre giorni di permesso mensile retribuito potranno anche essere **alternati** nella fruizione tra più soggetti (lavoratori dipendenti) per l'assistenza allo stesso disabile. A rendere noto tale cambiamento, è stato proprio l'ente INPS nel messaggio n. 3096/2022 del 5 agosto 2022. Con la modifica, **diventa possibile per due soggetti assentarsi dal lavoro per assistere lo stesso familiare disabile in giorni diversi fermo restando il limite complessivo di tre giorni al mese.**

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado parentela	di	Lavoratore presso:	NOTE: Modalità ripartizione permessi

4. di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
5. di essere consapevole che la possibilità di usufruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;
6. che il familiare portatore di handicap **non è ricoverato a tempo pieno** in istituti di cura, case per anziani ecc.....e si impegna ad informare l'amministrazione qualora questa situazione venga meno.
7. che il familiare portatore di handicap grave, è residente in comune **situato a distanza stradale superiore a 150 chilometri** rispetto a quello di residenza del lavoratore e attesta con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito.

**Il/la sottoscritto/a comunque si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi altra variazione che possa modificare la concessione del permesso richiesto.**

Prizzi li, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO EUROPEO 2017/679**

Il trattamento dei dati da lei forniti è finalizzato esclusivamente alla concessione dei permessi retribuiti previsti ai sensi dell'art.33, comma 3 della Legge 05/2/1992, n. 104.

**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 quest' Istituto in qualità di.....  
con contratto a tempo determinato/indeterminato  
*chiede*

di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992.

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia, dichiara che:

- necessita delle agevolazioni per le esigenze legate alla propria situazione di disabilità;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità);
- è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano per l'effettiva tutela dei disabili.

Si allega:

- copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, 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;
- certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto richiedente, se, trascorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) e 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica (verbale da presentare non appena possibile).

Prizzi, .....

Firma del dipendente

---

**Oggetto: Dichiarazione di conferma dei benefici di cui all'art. 33, commi 3 e 6,  
legge 104/1992, e ss.mm.ii.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_,

nato a \_\_\_\_\_ (prov \_\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, in servizio presso  
questa Istituzione Scolastica in qualità di \_\_\_\_\_,

**consapevole**

- ❖ delle disposizioni contenute nel DPR , 445/2000, nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti;
- ❖ delle sanzioni penali previste dall'art.55 quinquies (comma 1 e 2 ) del D.lgs. n° 165/2001

**dichiara sotto la propria responsabilità**

- che continuano a sussistere i requisiti e le condizioni per usufruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 3, della legge 104/92 per il proprio familiare.
- che continuano a sussistere i requisiti e le condizioni per usufruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 6, della legge 104/92 per la propria persona.

che dal \_\_\_\_\_ sono venuti meno i presupposti per continuare ad usufruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 3, della legge 104/92 (ricovero a tempo pieno del disabile presso istituto specializzato, modifica o revoca della gravità dell'handicap, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare)

**a tal fine specifica**

- che il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno
- di prestare una assistenza sistematica e continuativa al familiare disabile
- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto disabile.

**Per quanto dichiarato**

- si fa riferimento alla documentazione a suo tempo allegata, in possesso della amministrazione e ancora in corso di validità
- si fa riferimento alla documentazione che viene allegata alla presente dichiarazione e cioè

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Prizzi li \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_