ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "SORRENTO"
International Cambridge School
Via V. Veneto, 16 – 80067 SORRENTO (NA)
Tel. Uffici 081/8072660
Cod. Fisc. 90081900632 - Cod. McC. NAIC8F600G
Email: naic8f600g@istruzione.it – pec: naic8f600g@pec.istruzione.it
Sito Web: www.icsorrento.edu.it

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

Cambridge Assessment International Education
Cambridge International School

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE - "SORRENTO"-SORRENTO
Prot. 0005816 del 02/09/2025
VI-8 (Uscita)

A tutto il Personale Docente e ATA in servizio – LORO SEDE
Al DSGA

Circolare n. 1

OGGETTO: Fruizione dei permessi di cui alla Legge 104/92 e s.m.i

Si comunica a tutto il personale in servizio che ai sensi della vigente normativa ed al fine di rendere compatibili le richieste di permessi di cui all'oggetto con le esigenze organizzativo-didattiche dell'istituzione scolastica, è necessario attenersi alle seguenti direttive:

- **Conferma dell'istanza presentata nell' a.s. precedente**

Ogni dipendente è tenuto, secondo le modalità di cui agli art.75 e76 del DPR 445/2000 e s.m.i., a produrre, qualora non avesse già provveduto, autocertificazione sulla permanenza delle condizioni di fruizione dei permessi di cui all'art. 33, commi 3 o 6, della Legge 104/92 relative all' a.s. precedente. L'autocertificazione può essere presentata secondo **il Modulo 1**

- **Prima istanza**

La richiesta di riconoscimento dei benefici di cui alla Legge 104/92 e s.m. i. va inoltrata secondo **il Modulo 2** con allegati e relativa documentazione.

MODALITA' DI FRUIZIONE DEI PERMESSI DI CUI DELLA LEGGE 104/92

I permessi di cui all'art. 33, commi 3 o 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'.

Si porta a conoscenza del personale scolastico che, ai sensi dell'art.20, comma 3, della Legge 102/2009, questa dirigenza 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.

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "SORRENTO" • SORRENTO •

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Daniela Denaro

MODULO 1

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "Sorrento" di Sorrento

Oggetto: Richiesta CONFERMA dei benefici previsti dalla legge n. 104/92.

__l___sottoscritt_____
nat___a_____(prov._____) il _____
residente a_____(_____) via_____n._____
docente – personale A.T.A, assunt___con contratto a tempo Indeterminato/Determinato in servizio presso codesto Istituto

CHIEDE,

per il corrente anno scolastico 20.../20..., di usufruire

- ☐ Benefici previsti dalla legge 104/92 art. 33 comma 1 *(esclusione graduatoria interna di istituto)*
- ☐ Permessi previsti dalla legge 104/92 art. 33 comma 3 (*tre giorni di permessi mensili retribuiti)*

e successive modificazioni, per assistenza alla seguente persona:

- ☐ SE STESSO/A
- ☐ Cognome e nome_____parentela_____
  Data e luogo di nascita _____
  residente a_____) via_____n. ____

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità, ai sensi della legge n. 15/1968, **dichiara**:

☐l'interessat... */il familiare* è in situazione di gravità, come da certificazione rilasciata dal competente collegio medico legale dell'A.S.L. **già presentato a codesto Istituto Comprensivo;**

☐per il/la sottoscritt.../*familiare sopraindicato* non è stato modificato e non si è proceduto a rettifica del giudizio sulla gravità dell'handicap da parte delle A.S.L.;

☐il/la sottoscritto/a assiste con continuità;

☐il/la sottoscritto/a assiste in via esclusiva il *familiare disabile* (allegare eventuali dichiarazioni);

☐il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno a tutt'oggi si dichiara l'esistenza in vita;

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazioni a quanto sopra dichiarato.

Il sottoscritto si impegna a presentare idonea documentazione o titolo di viaggio.*

* solo qualora il familiare in condizione di grave disabilità, da assistere, sia residente in un comune differente dal proprio e comunque ad una distanza stradale superiore a 150 km.

Il/la dichiarante

....., ...

RISERVATO ALL'UFFICIO DELL' ISTITUTO COMPRENSIVO "SORRENTO" DI SORRENTO

Ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, attestato che il/la Sig. _____
Preventivamente ammonito/a sulle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace.

-Vista l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata;

E' AUTORIZZAT..... / NON E' AUTORIZZAT.....
alla fruizione dei benefici previsti dalla legge 104/92, art. 33 e successive modificazioni ed integrazioni.

Motivi eventuale diniego_____

Sorrento, ...

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Daniela Denaro

MODULO 2

-Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "Sorrento" di Sorrento

Oggetto: Richiesta PRIMA ISTANZA benefici previsti dalla legge n. 104/92.

__l___sottoscritt_____
nat___a_____(prov._____) il _____
residente a_____(_____) via_____n._____
docente – personale A.T.A, assunt___con contratto a tempo Indeterminato/Determinato in servizio presso codesto Istituto

CHIEDE,

per il corrente anno scolastico 20.../20..., di usufruire

- ☐ Benefici previsti dalla legge 104/92 art. 33 comma 1*(esclusione graduatoria interna di istituto)*
- ☐ Permessi previsti dalla legge 104/92 art. 33 comma 3 (*tre giorni di permessi mensili retribuiti)*

e successive modificazioni, per assistenza alla seguente persona:

- ☐ SE STESSO/A
- ☐ Assistenza al familiare: Cognome e nome_____
  parentela_____ Data e luogo di nascita _____
  residente a_____) via_____n. _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità, ai sensi della legge n. 15/1968, **dichiara**:

- ☐ l'interessat… /*il familiare* è in situazione di gravità, come da certificazione rilasciata dal competente collegio medico legale dell'A.S.L. ;
- ☐ per il/la sottoscritt…/*familiare sopraindicato* non è stato modificato e non si è proceduto a rettifica del giudizio sulla gravità dell'handicap da parte delle A.S.L.;
- ☐ il/la sottoscritto/a assiste con continuità;
- ☐ il/la sottoscritto/a assiste in via esclusiva il *familiare disabile* (allegare eventuali dichiarazioni);
- ☐ il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno a tutt'oggi si dichiara l'esistenza in vita;

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazioni a quanto sopra dichiarato.

Il sottoscritto si impegna a presentare idonea documentazione o titolo di viaggio.*

* solo qualora il familiare in condizione di grave disabilità, da assistere, sia residente in un comune differente dal proprio e comunque ad una distanza stradale superiore a 150 km.

Il/la dichiarante

....., …….. ……

RISERVATO ALL'UFFICIO DELL' ISTITUTO COMPRENSIVO "SORRENTO" DI SORRENTO

Ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, attestato che il/la Sig. _____
Preventivamente ammonito/a sulle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace.

-Vista l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata;

E' AUTORIZZAT….. / NON E' AUTORIZZAT…..
alla fruizione dei benefici previsti dalla legge 104/92, art. 33 e successive modificazioni ed integrazioni.

Motivi eventuale diniego_____

Sorrento, ……

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Daniela Denaro

ALLEGATO A / modulo 2

DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

a norma delle disposizioni contenute nel DPR n. 445 del 28-12-2000 e s.m.

Il/la sottoscritt..... nato/a a ..... il ..... CF..... residente in..... prov..... via/piazza..... cap..... consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA:

- ☐ di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl di.....il.....;
- ☐ di essere in condizione di disabilità, il cui stato (indicare con una X una delle opzioni):
  - ☐ è grave come previsto dalla Legge 104/92 con carattere **permanente NON RIVEDIBILE**
  - ☐ è grave come previsto dalla Legge 104/92 con carattere **non permanente, RIVEDIBILE il .....**
  - ☐ è in corso di accertamento
- ☐ di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992 per se stesso;
- ☐ di essere parente di .....grado del Sig./ra..... in quanto.....;
- ☐ di voler essere assistito, ai sensi del decreto legislativo n.105/2022, da:
  - ☐ l Sig./ra .....nato/a a .....C.F.....e residente a .....
  - ☐ l Sig./ra .....nato/a a .....C.F.....e residente a .....
  - ☐ l Sig./ra .....nato/a a .....C.F.....e residente a .....

Luogo e data.....

Firma .....

Si allega copia del documento di riconoscimento.

N.B.: la presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000). In caso di dichiarazione falsa il cittadino **verrà denunciato all'autorità giudiziaria**.

ALLEGATO B / modulo 2

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "Sorrento"
di Sorrento

Oggetto: Dichiarazione dei parenti del disabile.

Il/La sottoscritto/a_____, nato/a a _____

il_____e residente a_____in via _____

(grado di parentela)_____del__Sig._____

familiare disabile, residente nel comune di _____ in via _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

☐ Ai sensi della Legge n° 15/68, di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al _____ disabile per il seguente motivo:

.....

e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, L. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

☐ Ai sensi del decreto legislativo n.105/2022, di essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al (grado di parentela) _____ disabile e di essere in servizio presso il seguente Ente/Azienda/Istituzione:

..... con i seguenti recapiti:
e-mail.....@..... numero telefono.....

Si allega copia del documento di riconoscimento.

....., _____/____/20___

.....

N.B.: la presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000). In caso di dichiarazione falsa il cittadino **verrà denunciato all'autorità giudiziaria**.

ALLEGATO C / modulo 2

Dichiarazione sostitutiva di certificazioni
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)
nato/a il _____ a _____ prov. o stato estero _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di essere residente a _____ prov. _____
  in via _____ n. _____
- di essere cittadino _____
- **che i parenti e affini entro il 2° grado** (Coniuge (o parte dell'unione civile), convivente, parenti e affini entro il 2° grado del disabile) **del/la sottoscritto/a disabile sono:**

cognome e nome	luogo e data di nascita	rapporto di parentela

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Il/la sottoscritto/a si impegna, in corso d'istruttoria, a comunicare al competente Ufficio della Prefettura la variazione della residenza e/o modifica del proprio nucleo familiare.

_____
(data)

_____
(il dichiarante)

N.B.: la presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000). In caso di dichiarazione falsa il cittadino **verrà denunciato all'autorità giudiziaria**.