



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE  
"G. CAIATI - DON TONINO BELLO"  
BITONTO - PALOMBAIO - MARIOTTO**

Cod. Fisc. 93360210723

Via Tommaso Traetta, 99 Bitonto (BA) tel. 080.3740919

Via Sen. Sylos Labini, s.n. 70032 Palombaio (BA) tel. 080.3735980

e-mail: baic80800a@istruzione.it - pec: baic80800a@pec.istruzione.it

- www.icdontoninobello.edu.it

Codice Univoco IPA: UFKOWW



Circolare n°40

Bitonto 20 ottobre 2023

Al Personale Docente

Al Personale ATA

Sito web dell'Istituto

**Oggetto:** Chiarimenti circa l'utilizzo dei permessi di cui alla **LEGGE 104/92 art. 33 comma 3 o comma 6** relativo all'Anno Scolastico **2023/2024**

Richiamando le disposizioni normative di cui alla Legge 183/2010 e alle circolari attuative INPS e per rendere compatibili tutte le richieste di permessi di cui all'oggetto con le esigenze organizzativo-didattiche dell'istituzione scolastica, si comunicano le seguenti direttive:

**1) Conferma dell'istanza presentata nell'a.s. 2022-2023**

Ogni dipendente, docente o ATA che sia, è tenuto, in ossequio alle modalità di cui agli art. 75 e 76 del DPR 445/2000 e sue modifiche e integrazioni, a produrre 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 (si allega modello di dichiarazione conferma dei benefici).

**2) Prima istanza**

La richiesta di riconoscimento dei benefici di cui alla Legge 104/92 e s.m.i. va inoltrata al Dirigente Scolastico dell'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 104/92. La richiesta può essere presentata secondo il modello che si allega.

**3) Perdita, eventuale, del beneficio della Legge 104/92**

Ogni dipendente deve comunicare con tempestività alla dirigenza scolastica ogni eventuale variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

F.to Il Dirigente Scolastico Reggente

Prof. Saverio Pansini

Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi dell'art. 3 c. 2 D.lgs 39/93

**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

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

Bitonto, li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

*Domanda di ammissione ai permessi art. 33 L. 104/92*

(per: genitori - coniuge - parenti/affini entro il 2° grado di portatore di handicap grave e 3° grado solo nei casi individuati dalla Legge)

*Al Dirigente Scolastico  
dell' Istituto Comprensivo Statale  
"Caiati - Don Tonino Bello"*

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_), C.F. \_\_\_\_\_ residente

a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in  
qualità di

\_ Docente \_ Collaboratore scolastico \_ Assistente Amministrativo con contratto di lavoro a \_ t. ind.to \_ t. det.to  
presso: \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di fruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, L. 104/92 per poter assistere:

Cognome e nome \_\_\_\_\_ rapporto di parentela \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Comune di nascita \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (se non convivente indicare indirizzo

completo del portatore di handicap) distanza chilometrica tra le due abitazioni Km

\_\_\_\_\_ (Se superiore a 150 Km

dimostrare alla propria Direzione l'assistenza con titolo di viaggio o simili).

*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:*

☐ il disabile è in vita;

☐ l'accertamento dell' handicap è \_\_\_\_\_ **IRRIVEDIBILE** \_\_\_\_\_ **RIVEDIBILE** il \_\_\_\_\_

☐ il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata (eccezioni indicate al punto 5 della Circ. Min. Funzione Pubblica n. 13/2010);

☐ di essere il referente unico quale punto di riferimento di tutta l'attività di assistenza al disabile e nessun' altro soggetto beneficia dei permessi per lo stessa persona in situazione di disabilità grave;

☐ di non essere il referente unico, pertanto usufruirà dei permessi per l'attività di assistenza al disabile, alternativamente al seguente avente diritto :

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ LUOGO NASCITA \_\_\_\_\_

In servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti)

\_\_\_\_\_ tel/ \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

☐ Solo per dare assistenza a familiari di 3°:

- il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di 3° grado:
- ☐ è coniugato;
  - ☐ coniugato/a;
  - ☐ è vedovo/a;
  - ☐ è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
  - ☐ è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidanti;
  - ☐ è stato coniugato ma il coniuge è deceduto, separato legalmente o divorziato;
  - ☐ è coniugato ma in situazione di abbandono;
  - ☐ ha uno o entrambi i genitori deceduti;
  - ☐ ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
  - ☐ ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante.

Si allega:

- copia certificato ASL competente, attestante lo stato di "disabilità grave" in capo al soggetto che necessita di assistenza, ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92 (in originale o copia autentica);
- dichiarazione dell'altra persona che beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave, alternativamente al sottoscritto/a, nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i beneficiari;
- copia documento di riconoscimento del familiare disabile e di altro eventuale referente beneficiario;
- ulteriore documentazione a supporto delle dichiarazioni rese nella domanda (es. patologie invalidanti):

FIRMA DEL RICHIEDENTE

*Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445/2000, la presente dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto o inviata all'ufficio competente via pec, tramite un incaricato oppure a mezzo posta, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante.*

*I dati sopra riportati sono acquisiti esclusivamente per la concessione del permesso richiesto e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003; e successive modifiche e/o integrazioni, e del regolamento UE 679/16, il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto. I dati non verranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione.*

*L'interessato ha diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati e la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali. In caso di opposizione, si cesserà di dar corso al beneficio richiesto.*

Bitonto, \_\_\_\_\_

Per presa visione

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Prof. Saverio Pansini