



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
di Scuola dell' Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° Grado
" G. GARIBALDI - G. PAOLO II "
SALEMI (TP)**

@ mail: tpic829001@istruzione.it - @ mail certificata: tpic829001@pec.istruzione.it - http://www.icgaribaldisalemi.it
Via San Leonardo, 27 - 91018 SALEMI (TP) - ☎ 0924-982254 - 📠 0924-981011 - C.F. n. 81000150813 - Cod. Mecc. TPIC829001

Circolare n.369

Salemi 26/08/2021

A tutto il personale docente ed ATA interessato (Legge 104/92)
Al DSGA e Uff. del personale
Sito WEB

OGGETTO: DOMANDA O CONFERMA del POSSESSO DEI REQUISITI AI FINI DEL RICONOSCIMENTO DEL DIRITTO AD USUFRUIRE DEI BENEFICI PREVISTI DALL'ART. 33 DELLA LEGGE 104/92 per l'A.S.2021/2022.

Considerate le nuove disposizioni in materia di cui all'oggetto (LEGGE 104/1992 ART. 33 come modificata dal D.Lvo 151/2001, dalla Legge 183/2010 integrata dal D.Lvo 119/2011 e dalla Legge 114/2014) e di quanto previsto in merito dalla Circolare della Funzione Pubblica (F.P.) n° 13/2010, **tutto il personale interessato alla fruizione dei permessi di cui alla Legge 104/92 ha l'onere di presentare apposita istanza per la fruizione delle agevolazioni previste dalla Legge e di dimostrare la sussistenza dei presupposti di legittimazione attraverso la produzione di idonea documentazione.**

Ciò premesso, si forniscono le seguenti indicazioni:

A) Dipendenti che usufruiscono dei permessi (Art.3 Comma 3 legge 104/92).

In tal caso, occorre compilare la relativa domanda secondo il **Modello richiesta benefici legge 104/92** corredato dai relativi allegati come specificato nella domanda stessa (Verbale della competente Commissione ASL attestante lo stato di disabilità grave art. 3 comma 3 legge 104/92); Documentazione (eventuale) di cui al DM 278/2000; (Dichiarazione sostitutiva di certificazione e dell'atto di notorietà' D.P.R. 445/2000).

B) Dipendenti che usufruiscono delle agevolazioni previste dalla legge 104/92 (ART.21)

Il dipendente interessato ha l'onere di confermare la sussistenza dei presupposti di legittimazione degli stessi **attraverso la compilazione del Modulo dichiarazione di conferma benefici legge 104/92 (Art.21) corredato dei relativi allegati come specificato nella relativa domanda.**

L'amministrazione pubblica (l'Istituzione scolastica) verificherà l'adeguatezza e la correttezza della documentazione presentata chiedendone eventuale integrazione.

In tutti i casi si ritiene opportuno sottolineare quanto segue (Art. 7 e 8 della Circ. F.P. 13/2010):

- A seguito dell'accoglimento della domanda da parte dell'amministrazione, il dipendente dovrà comunicare tempestivamente il mutamento o la cessazione della situazione di fatto e di diritto che comporta il venir meno della titolarità dei benefici e dovrà aggiornare la documentazione prodotta a supporto dell'istanza quando ciò si renda necessario, anche a seguito di richiesta dell'amministrazione;
- Salvo dimostrate situazioni di urgenza, per la fruizione dei permessi, l'interessato dovrà comunicare al dirigente competente le assenze dal servizio con congruo anticipo, se possibile con riferimento all'intero arco temporale del mese, al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività amministrativa;

Si allegano:

- MODELLO per la richiesta dei benefici art.3 comma 3 di cui alla Legge 104/92;
- MODULO per la conferma dei requisiti art.21 ;
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione e dell'atto di notorietà' D.P.R. 445/2000.

La documentazione va presentata all'Ufficio del Personale entro il 14/9/2021.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof. Salvino Amico)

OGGETTO: RICHIESTA BENEFICI LEGGE 104/92.

Il/la sottoscritto/a.....nato/a aprov(.....)

il.....residente ain vian.....

in servizio presso codesta istituzione scolastica, in qualità di.....

con contratto di lavoro a tempo determinato/indeterminato al fine di poter fruire della legge 104/92

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti dell'art.46 del D.P.R.28/12/2000 n.445, e successive modifiche ed integrazioni, sotto la propria responsabilità, quanto segue:

1. il/la sig/ranato/a a.....il.....
portatore di handicap grave accertato dall'ASL di.....in data.....
ha il seguente grado di parentela con lo/la scrivente:.....
2. Che il/la portatore/portatrice di handicap grave, non è ricoverato a tempo pieno presso struttura adibita all'accoglienza dei portatori di handicap, struttura ospedaliera o altra struttura pubblica o privata che assicura assistenza sanitaria;
3. Che il portatore/portatrice di handicap grave è convivente con il sottoscritto/a;
(se non convivente indicare indirizzo completo del portatore di handicap).....
4. Di essere l'unica persona del nucleo familiare a prestare assistenza in via continuativa esclusiva e permanente, al portatore/portatrice di handicap grave, e di essere l'unico familiare a fruire dei benefici previsti dall'Art. 33 della legge 104/92;

A L L E G A

- 1) Copia conforme all'originale del verbale di riconoscimento dell'handicap grave rilasciato dalla commissione medica legge 104/1992 operante presso l'ASL
- 2) Autocertificazione, ai sensi dell'art. 46 e D.P.R. 445/2000 attestante la convivenza con il portatore/portatrice di handicap grave (residenza anagrafica)(indicazione della via, numero civico, città, cap);
- 3) Nell'ipotesi che il portatore/portatrice di handicap grave sia coniugato/a ovvero abbia i genitori o figli, dichiarazione o certificazione medica attestante l'inidoneità del coniuge, dei genitori o dei figli a prestare assistenza;
- 4) Rinuncia del Sig./Sig.raaltro Genitore, figlio, fratello/sorella convivente del portatore di handicap grave Sig./Sig.ra.....
(indicare il nominativo del portatore di handicap grave) a godere del beneficio in esame;
- 5) Copia di un proprio documento d'identità in corso di validità;

Consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali per il caso di dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste.

Autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 esclusivamente per le finalità connesse alla concessione del richiesto beneficio.

Salemi...../...../.....

Firma.....

VISTO

SI CONCEDE

NON SI CONCEDE

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(Prof. Salvino Amico)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'Istituto Comprensivo "G.Garibaldi-Giovanni Paolo II"
SALEMI

Oggetto: Dichiarazione di conferma dei benefici di cui all'art. 21 legge 104/1992, l. 53/2000, D.L.vo 151/2001, Circolare INPS n. 90 del 23-05-07.

Il sottoscritto _____, nato a _____,

il _____, residente a _____ prov. _____

In via _____, (qualifica) _____,

D I C H I A R A

che permangono le condizioni prescritte per beneficiare dei requisiti dell'art.21 ,della legge in oggetto, relativi alla propria persona, riconosciuta/o portatore di handicap da parte della competente commissione medica dell'A.S.L. di _____ di cui all'art. 4 c. 1 della L. 104/92.

Si allegano la sottoelencata documentazione in corso di validità:

Certificato rilasciato dalla commissione medica per l'accertamento dell'handicap legge 104/92.

Certificato rilasciato dalla commissione medica per l'accertamento dell'invalidità civile.

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, ed a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell'Amministrazione, dichiara che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità e s'impegna a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sopraesposti (ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituto specializzato, modifica o revoca della gravità dell'handicap, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare, ecc.)

● SALEMI _____

FIRMA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(artt. 46 - 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445) .

Il/La sottoscritto/a _____ nat_ il _____
residente _____

_____ in via _____ n. _____, in servizio presso _____
in qualità di _____;

fini della fruizione del congedo di cui all'art. 42, comma 5, del D.Lgs. 26 marzo 2001, n. 151, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dalla legge in caso di dichiarazioni false mendaci, ai sensi degli artt. 46 - 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

dichiara: .

- che il sottoscritto presta assistenza nei confronti del/della Sig. _____, nat_ i _____ a _____ e residente in _____ via _____, portatore di handicap in situazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992, giusto verbale di accertamento dell'ASL di _____ del _____;

- che con il citato soggetto portatore di handicap sussiste il seguente rapporto di parentela _____¹ (grado _____);

di essere l'unica persona in grado di prestare assistenza al soggetto portatore di handicap, in quanto gli altri soggetti legittimati, individuati dall'art. 42, comma 5, del D.Lgs. 26 marzo 2001, n. 151 risultano deceduti, **mancanti o affetti da patologie invalidanti** ²;

che nessun altro familiare beneficia del medesimo congedo;

di convivere ed essere anagraficamente residente ³ insieme al soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra indicato;

che il soggetto per la cui assistenza viene richiesto il congedo non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati⁴;

di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alla fruizione del beneficio;

_____, li _____

IL/LA DICHIARANTE

¹ Il beneficio può essere riconosciuto solo ai parenti o affini entro il 3° grado. Si vedano in proposito anche le sentenze della Corte Costituzionale n. 233 del 16/06/2005, n. 158 del 08/05/2007, n. 19 del 30/01/2009 e n. 203 del 18/07/2013.

² La presenza di patologie invalidanti, in capo agli altri soggetti legittimati, deve essere adeguatamente documentata con riferimento all'art. 2, comma 1, lett. d), del decreto interministeriale 21/07/2000 n. 278.

³ Come chiarito dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dip. della Funzione Pubblica, con la Circolare n. 1 del 03/02/2012, il requisito della "concomitanza della residenza anagrafica e della convivenza", si intende soddisfatto anche nel caso in cui la dimora abituale del dipendente e della persona in situazione di handicap grave siano nello stesso stabile (appartamenti distinti nell'ambito dello stesso numero civico) ma non nello stesso interno, nonché, nei casi in cui sia attestata, la dimora temporanea, ossia l'iscrizione nello schedario della popolazione temporanea di cui all'art. 32 del D.P.R. n. 223 del 1989, pur risultando diversa la dimora abituale (residenza) del dipendente o del disabile. Tali circostanze devono essere specificate nell'autocertificazione nell'apposito spazio in calce.

⁴ Laddove il portatore di handicap risulti ricoverato, il beneficio può essere concesso solo ove la presenza del soggetto che presta assistenza sia richiesta dal sanitario. Tale circostanza deve essere specificata nell'autocertificazione nell'apposito spazio in calce ed adeguatamente documentata.