



## LICEO SCIENTIFICO STATALE “ FRANCESCO SEVERI”

Liceo Scientifico di Ordinamento - Liceo Scientifico Scienze Applicate- Liceo Linguistico – Liceo Musicale

Viale L. D’Orsi, 5 – 80053 Castellammare di Stabia (NA)

PBX 4 linee Tel – 0818739745 – 0818713148 – 0818739752

CF 82011770631 - IBAN IT 15 T 01030 22100 000000723277

CONTO UNICO TESORERIA IT29K0100003245425300314138

NAPS110002@ISTRUZIONE.IT – NAPS110002@PEC.ISTRUZIONE.IT

Fatturazione elettronica: Codice Univoco Ufficio UFQ3H

L.S.S. - "F. SEVERI" - C.MMARE  
Prot. 0009270 del 04/09/2023  
II-5 (Uscita)

Al Personale Docente  
Al Personale ATA  
Bacheca Registro Argo  
Albo  
Sito web  
Atti

### Circolare n. 4

Oggetto: **DISPOSIZIONI DI SERVIZIO**

**Si fa obbligo a tutto il personale** di comunicare con esattezza, **entro il 16/09/23**, all’ufficio di segreteria – area personale all’indirizzo **NAPS110002@istruzione.it** - **i dati di recapito e reperibilità** nel caso in cui fossero variati rispetto agli archivi in possesso dell’ufficio.

**Tale comunicazione si rende necessaria onde evitare di essere assoggettati a provvedimenti di norma nel caso di ingiustificate assenze ai recapiti indicati.**

**Inoltre si chiede**

- ✓ per il personale scolastico già in servizio nell’a.s.2022/23 **di comunicare** la conferma dei requisiti che danno diritto all’attribuzione dei benefici di cui alla Legge 104/92 per l’a. s. 2023/24 ai fini della fruizione dei permessi spettanti compilando il modulo **allegato 1 (sito web)** e **si precisa che verrà fatto un controllo a campione;**
- ✓ per il personale scolastico in servizio dal 01 settembre 2023 **di comunicare** la sussistenza dei requisiti che danno diritto all’attribuzione dei benefici di cui alla Legge 104/92 per l’anno scolastico 2023/2024 ai fini della fruizione dei permessi spettanti compilando il modulo **allegato 2 (sito web).**

Si invita il personale interessato a produrre pianificazioni mensili di fruizione dei permessi con la precisazione che è necessario confermare il permesso calendarizzato utilizzando il modulo presente sul sito della scuola.

Nel caso di improvvise ed improcrastinabili esigenze di tutela, con dichiarazione scritta sotto la propria responsabilità, il lavoratore ha facoltà di variare la giornata di permesso già programmata. Si fa presente, inoltre, che il vigente CCNL all'art. 15 prevede che tali permessi ".... *devono essere possibilmente fruiti dai docenti in giornate non ricorrenti*".



Dirigente Scolastico  
prof.ssa Elena Cavaliere

lo 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 (comma1 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 dalla 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 3 dalla 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 dalla 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).

che dal \_\_\_\_\_, l'assistenza del familiare disabile è condivisa con \_\_\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_

**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

Castellammare di Stabia, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

Al Dirigente Scolastico  
Al Direttore dei Servizi Generali ed Amministrativi  
Liceo Scientifico "F. Severi"

Il / La sottoscritt\_ \_\_\_\_\_, nat\_ il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ in servizio presso codesto  
tituto in qualità di  docente  personale A.T.A. con contratto a tempo  determinato  indeterminato

CHIEDE

di beneficiare dei permessi previsti dalla legge 104/92 art. 33 e s.m.i., per prestare assistenza alla seguente persona:

cognome e nome \_\_\_\_\_  
parentela \_\_\_\_\_  
data e luogo di nascita \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

riconosciuta persona con minorazione prevista dalla definizione di handicap in situazione di gravità, come da certificazione rilasciata dalla competente commissione medico legale dell' A.S.L. che si allega.

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:

- \_I\_ sottoscritt\_ assiste con continuità ed esclusività il familiare disabile;
- \_I\_ sottoscritt\_ condivide l'assistenza del familiare disabile;
- il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno e a tutt'oggi si dichiara l'esistenza in vita;
- per il 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. ;
- che non vi sono parenti ed affini entro il 3° grado non lavoratori che possono fornire assistenza alla persona sopra indicata:

che i seguenti parenti o affini entro il 3° grado – conviventi con la persona sopraindicata – non possono fornire assistenza, ancorché non lavoratori, per i motivi indicati a fianco di ciascun nominativo:

cognome e Nome \_\_\_\_\_ parentela \_\_\_\_\_  
data di nascita \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
non può fornire assistenza perché \_\_\_\_\_

---

cognome e Nome \_\_\_\_\_ parentela \_\_\_\_\_  
data di nascita \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
non può fornire assistenza perché \_\_\_\_\_

---

cognome e Nome \_\_\_\_\_ parentela \_\_\_\_\_  
data di nascita \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
non può fornire assistenza perché \_\_\_\_\_

---

che i seguenti parenti o affini entro il 3° grado – conviventi con la persona sopraindicata – ne condividono l'assistenza.

cognome e Nome \_\_\_\_\_ parentela \_\_\_\_\_  
data di nascita \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
fornisce assistenza ed è in servizio presso \_\_\_\_\_

---

cognome e Nome \_\_\_\_\_ parentela \_\_\_\_\_  
data di nascita \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
fornisce assistenza ed è in servizio presso \_\_\_\_\_

---

Allega copia fotostatica di un documento di riconoscimento debitamente firmato in calce per ogni familiare impossibilitato a prestare assistenza.

è consapevole che il riconoscimento delle agevolazioni comporta la conferma dell'impegno morale, giuridico a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;

è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione ed un impegno di spesa pubblica che lo Stato supporta per la tutela del disabile;

si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto che comporti il venir meno del beneficio.

Castellammare di Stabia \_\_\_\_\_

Il / La dichiarante

\_\_\_\_\_

**barrare solo le caselle che interessano;**

Elenco delle motivazioni che impediscono di fornire assistenza alla persona disabile:

1. è stato /a riconosciuto / a incapace al lavoro al 100%
2. è affetto / a da invalidità superiore ai 2/3
3. è di età inferiore a 18 anni (anche nel caso in cui il familiare non sia studente)
4. è studente / studentessa
5. è ricoverato/a, anche temporaneamente, in ospedale (allegare certificazione)
6. è di età superiore a 70 anni, in presenza di una qualsiasi invalidità comunque riconosciuta (per gli invalidi di età inferiore a 70 anni, possono essere applicati i criteri di cui al capoverso successivo).
7. è infermo/a in maniera tale da non potere assistere il disabile, come da attestazione medica in relazione alla natura dell'handicap.
8. è privo di patente di guida qualora il disabile debba essere accompagnato per visite mediche o terapie specifiche (in questo caso occorre la certificazione medica)
9. risiede in località tanto distante da non poter fornire l'assistenza continua ed esclusiva.
10. Altro (specificare) \_\_\_\_\_

AVVERTENZA il dichiarante decade Dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

(spazio riservato all'ufficio)

Ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, attestato che \_I\_ Sig. \_\_\_\_\_

preventivamente ammonito/a sulle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, ha reso e sottoscritto in mia presenza la sua estesa dichiarazione.

Castellammare di Stabia, \_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico  
prof.ssa Elena Cavaliere

\*\*\*\*\*

Il Dirigente Scolastico e/o il Direttore SGA, vista l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata,

AUTORIZZA /  NON AUTORIZZA la fruizione dei benefici previsti dalla legge 104/92, art. 33 e successive modificazioni ed integrazioni.

Motivi eventuale diniego:

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

Castellammare di Stabia, \_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico  
prof.ssa Elena Cavaliere

**LICEO SCIENTIFICO STATALE "F.SEVERI"**  
**Modello - Programmazione mensile L. 104/92**

---

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**OGGETTO: Programmazione Mensile di fruizione dei permessi retribuiti L.104.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in servizio presso questo istituto a tempo  determinato  indeterminato in qualità di  docente  personale Ata

**COMUNICA**

ai sensi dell'art.33 della legge del 05.02.1992 n.104, che usufruirà dei permessi retribuiti per il mese di \_\_\_\_\_ nei seguenti giorni:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_

per assistere il proprio familiare \_\_\_\_\_  
per se stesso

portatore di handicap grave, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale Al fine della fruizione del permesso richiesto:

- dichiaro sotto la mia responsabilità, fatta salva la possibilità di accertamenti da parte dell'Amministrazione, che il familiare assistito **NON è ricoverato in strutture ospedaliere** a tempo pieno (L. 104/1992, art. 33, c.3).
- dichiaro sotto la mia responsabilità che il familiare assistito è ricoverato a tempo pieno e che il permesso è richiesto per accompagnarlo fuori dalla struttura che lo ospita per effettuare visite e terapie, in quanto, nella circostanza, la struttura ospitante non garantisce la necessaria assistenza. Allo scopo allega apposita documentazione rilasciata dalla struttura competente attestante le visite o le terapie effettuate (Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali n. 13 dd. 20/2/2009, prot. n. 25 25/I/0002602)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_  
**VISTO: IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

---