

		
Unione Europea	Repubblica Italiana	Regione Calabria
<p>Ministero dell'Istruzione e del Merito Ufficio Scolastico Regionale per la Calabria – Ambito Territoriale di Reggio Calabria ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “CORRADO ALVARO – PASQUALE MEGALI” Scuole dell'infanzia e del primo ciclo di istruzione dei Comuni di Melito di Porto Salvo - Roghudi - San Lorenzo – Bagaladi Sede Amministrativa: Via Filippo Turati, n. 44 89063 MELITO DI PORTO SALVO (RC) Codice Meccanografico: RCIC841003 Tel. (+39) 0965781260 / (+39) 0965781258 Fax (+39) 0965781260 PEO: rcic841003@istruzione.it PEC: rcic841003@pec.istruzione.it</p>		

Al personale Docente e ATA

Atti

Al Sito web

OGGETTO: Benefici fruizione permessi ex legge 104/92 – A.S. 2024/2025

Si comunica a tutto il personale interessato che per fruire , dei benefici previsti dalla Legge 104/92, per l'a.s. 2024/2025, occorre compilare la modulistica allegata e consegnarla presso l'Ufficio di Segreteria entro il **10/09/2024**.

Si allegano alla presente:

- Modulo richiesta benefici per se stesso (Allegato 1);
- Modulo richiesta benefici per assistenza portatore handicap (Allegato 2);
- Modulo di autocertificazione di variazione e/o conferma diritto alla fruizione, per il corrente anno scolastico, dei permessi in esame; (allegato 3)

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Concetta Sinicropi

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, comma 2, d.lgs. 39/9*

Modulo richiesta benefici legge 104

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo "C. Alvaro – P. Megali" (RC)

OGGETTO: Legge 104/1992 art. 33 comma 3 (per se stesso)

Il /La sottoscritto/ a _____ nato/a
a _____ (____) il _____ residente a
_____ (____) Via
_____ C.F. _____
in qualità di _____ a tempo determinato/indeterminato di scuola _____
presso _____

CHIEDE

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 - della legge 104/1992 per se stesso/a

Il/La sottoscritto/a 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,

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 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, ricovero a tempo pieno, decesso).

_____ li _____

Firma

ALLEGA:

- 1) Verbale accertamento dell'invalidità civile
- 2) Verbale accertamento dello stato di handicap
- 3) Fotocopia carta di identità.

Al Dirigente Scolastico
dell' I.C. "Corrado Alvaro – Pasquale Megali"
di Melito di Porto Salvo (R.C.)

OGGETTO: Richiesta Legge 104/1992 art. 33 comma 3 (assistenza al parente con disabilità grave)

IL/La sottoscritto/a _____ nato/ a _____ () il _____, residente a _____ prov. _____ Via _____, C.F. _____

in servizio presso questa Istituzione Scolastica in qualità di _____

C H I E D E

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33 –comma 3 - della legge 104/1992 per assistere il sig. _____ rapporto di parentela(_____) nato a _____ (). il _____ e residente a _____ (_____) Via _____

Il/La sottoscritto/a 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 soggetto in situazione di disabilità grave con al quale si presta assistenza

- non è coniugato;
- è vedovo/a;
- è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
- è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;
- che il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno

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/ai seguente/i avente/i diritto :

NOME _____ COGNOME _____ nat_ il _____ a _____

In servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti) _____

tel/ _____ mail _____

NOME _____ COGNOME _____ nat_ il _____ a _____

In servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti) _____

tel/ _____ mail _____

è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico- a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;

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 impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso)

- Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679) e si allega informativa di riferimento controfirmata

_____ li _____

_____ Firma

Allegati:

- 1) copia del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di invalidità civile e copia del verbale attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art.3 –comma 3- della Legge 104/1992;
- 2) fotocopia carta di identità e codice fiscale propria e della persona in situazione di disabilità grave;
- 3) dichiarazioni dei parenti corredate da documenti di riconoscimento, nel caso di fruizione condivisa, in via alternativa dei permessi mensili;
- 4) dichiarazione del soggetto disabile relativa all'indicazione del nominativo del parente/affine dal quale ha scelto di essere assistito

Al Dirigente Scolastico
dell' I.C. "Corrado Alvaro – Pasquale Megali"
di Melito di Porto Salvo (R.C.)

OGGETTO: Benefici fruizione permessi ex legge 104/92 – A.S. 2024/2025 - Conferma/Variazione

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ prov. _____ in servizio presso codesta istituzione scolastica in qualità di _____
_____ con contratto a tempo determinato/indeterminato, a conoscenza degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 relativi alle dichiarazioni mendaci, in relazione alla fruizione dei benefici indicati in oggetto **per l'anno scolastico 2024/2025:**

DICHIARA

che la situazione rispetto a quanto è già depositata presso codesto ufficio è*:

- INVARIATA**
- VARIATA(motivazione)**.....

.....
.....

e che pertanto*

- HA**
- NON HA** diritto a fruire dei permessi in esame.

Allega documento di identità in corso di validità.

Luogo e data

Firma

*(barrare la voce che interessa)