



Unione Europea
Fondo Sociale
Europeo



Competenze per lo sviluppo (FSE)
Ambiente per l'apprendimento (FESR)
Occupazione Affari Sociali e pari Opportunità
Politiche Regionali



Ministero della Pubblica Istruzione

DIREZIONE DIDATTICA STATALE 1° CIRCOLO

“SALVO D’ACQUISTO”

VIA INDIPENDENZA, 1 – 80038 POMIGLIANO D’ARCO-Distretto n° 31 – C. F. 80103970630 – C. M.
NAEE16000G

Telefono e fax 081/3177304 – e mail NAEE16000G@istruzione.it
Sito Web: [Sito Web: primocircolopomigliano.gov.it](http://primocircolopomigliano.gov.it) –
Posta certificata: naee16000g@pec.istruzione.it

Prot.n. 4477/b2a

Pomigliano d’Arco, 20/09/2017

AI PERSONALE DOCENTE e ATA
All’Albo RSU
AI SITO WEB
Agli ATTI

**OGGETTO: Permessi retribuiti ai sensi dell’art. 33 della L.104/1992 docenti e personale ATA-
Presentazione istanze documentate di nuove autorizzazioni e/o riconferme per l’a.s. 2017/18.**

Con la presente si fornisce un modello di autocertificazione relativa alla richiesta dei permessi retribuiti di cui all’oggetto, da formulare **entro il 26 settembre** anche in caso di riconferma, onde poterne fruire nel corrente anno scolastico, previa verifica dei requisiti necessari.

Si ricorda che i permessi di cui all’oggetto sono regolamentati dal CCNL dei lavoratori del comparto scuola siglato in data 27/11/2007, all’art. 15 comma 6 nonché dalla Circolare INPS n. 90 del 2007 e succ. integrazioni e modificazioni.

Si informa, inoltre, che salvo dimostrate situazioni di urgenza, come indicato nelle circolari INPS in materia di Legge 104/92, i lavoratori beneficiari sono tenuti a comunicare al Dirigente Scolastico i giorni di assenza richiesti a tal titolo, con congruo anticipo e se possibile con riferimento all’arco temporale del mese.

Si richiede di allegare copia autenticata della certificazione attestante la condizione di disabilità del parente o affine assistito, nonché quella propria, in caso di permessi per uso personale.

Si allega il modello di autocertificazione.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(Prof.ssa Fiorinda Brunelli)

Firma autografa sostituita a mezzo
stampa ai sensi dell’art.
3, co.2, DL.vo39/1993

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE - LEGGE 104/92

Al Dirigente Scolastico del
1° Circolo Didattico di Pomigliano d'Arco
"Salvo d'Acquisto"

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____ (Prov. _____)

residente a _____ (Prov. _____) in Via/Piazza _____ n° _____,

in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di _____,

C H I E D E

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni in qualità di:

- genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;
- genitore della persona disabile di età superiore a tre anni;
- parente, affine o coniuge di una persona con disabilità;
- disabile lavoratore richiedente i permessi.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 46 e 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa
- D.P.R. 28/12/2000, n° 445)

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

❖ che l'ASL - ___/___ di _____, nella seduta del ___/___/___,

ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992), di:

Cognome e Nome _____ Grado di Parentela _____ Data e
luogo di nascita _____ Residente a _____, in
Via/Piazza _____

❖ che la famiglia anagrafica della persona per la quale vengono richiesti i permessi è così costituita:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela	(se lavoratore) Dati del datore di lavoro

❖ di assistere in via continuativa ed esclusiva la persona sopra indicata;

- ❖ che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati.
- ❖ che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap
- ❖ di essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra specificato;
 - ❖ oppure
- ❖ di non essere convivente con il soggetto portatore di handicap, ma di svolgere con continuità l'assistenza allo stesso per le necessità quotidiane, non essendovi parenti e/o affini entro il 3° grado conviventi con la persona sopra indicata e non lavoratori, che possano fornirgli assistenza;
- ❖ Solo per coloro che richiedono i permessi per assistere un parente/affine entro il 3° grado:

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

Cognome e Nome		Motivo per cui non può prestare assistenza

- ❖ Solo per coloro che richiedono i permessi in qualità di disabile lavoratore :
 - di voler fruire dei permessi secondo le seguenti modalità tre giorni al mese;
 - due ore al giorno dalle ore _____ alle ore _____;
- ❖ Il/La sottoscritta dichiara di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - D.P.R. 28/12/2000, n° 445.
- ❖ Allega copia conforme della certificazione attestante la condizione di Handicap .

Data _____

Il/la Dichiarante

DIREZIONE DIDATTICA STATALE 1° CIRCOLO

"SALVO D'ACQUISTO"

Pomigliano d'Arco

VISTA l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata, si autorizza/non si autorizza la fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/92, art. 33 e successive modificazioni.

Motivi eventuale diniego:

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

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(Prof.ssa Fiorinda Brunelli)

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai
sensi dell'art. 3,co.2,DL.vo39/1993