

Via don Angelo Pagano, 1 - 84018 SCAFATI (SA) TEL. 0818507590 - 0818632466
CODICE MECCANOGRAPHICO: SAIS07600R - CODICE FISCALE: 94079330653
URL: www.itipacinotti.edu.it - email: sais07600r@istruzione.it - PEC: sais07600r@pec.istruzione.it
ISTITUTO TECNICO: ELETTRONICA ED ELETTROTECNICA - INFORMATICA E TELECOMUNICAZIONI
MECCANICA, MECCATRONICA - TRASPORTI E LOGISTICA - GRAFICA E COMUNICAZIONE
ISTITUTO PROFESSIONALE: MANUTENZIONE E ASSISTENZA TECNICA

ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE STATALE
"Antonio PACINOTTI" - SCAFATI (SA)
Prot. 0013747 del 02/09/2026
VII (Uscita)

Al personale Docente
Al personale A.T.A.
Al Dsga
Sito Web

DIRETTIVA N° 01

OGGETTO: Permessi di cui alla LEGGE 104/92. Anno Scolastico 2026/2027

Relativamente all'oggetto si comunica quanto segue:

A) Conferma dell'istanza presentata nell'a.s. 2025-2026

Il personale interessato è tenuto 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'anno scolastico precedente, compilando modulo allegato, (modulo2) da inviare tramite il proprio account istituzionale a "richieste generiche" di Argo.

B) Prima istanza a.s. 2026/2027

La richiesta di riconoscimento dei benefici di cui alla Legge 104/92 va inoltrata al Dirigente Scolastico dell'istituto di titolarità, la medesima richiesta, va inoltrata anche all'eventuale istituto di completamento, per conoscenza.

Occorre compilare (modulo 1) allegato alla direttiva e consegnare con documenti di riconoscimento (richiedente e assistito) in segreteria, all'ufficio personale, rispettando gli orari di ricevimento (dal lunedì al venerdì dalle ore 11:00 alle 13:00).

Coloro che fruiranno dei permessi sono tenuti a produrre ove è possibile una programmazione mensile da inviare utilizzando il canale di "richieste generiche di Argo" **entro il 30 del mese precedente**, salvo improvvise ed improcrastinabili esigenze di assistenza del soggetto disabile. In tal caso, il lavoratore, potrà variare la giornata già comunicata.



Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Adriana Maria Loredana Miro

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

(per: genitori – figli - 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'I.I.S. "A. Pacinotti"
Scafati (SA)

Il/La sottoscritto/a _____

residente a _____ in qualità di _____

in servizio presso questo Istituto con contratto a tempo:

- ☐ indeterminato full-time ☐ part-time ☐
☐ determinato dal _____ al _____

C H I E D E

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 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 la 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** _____ **DATA** _____ **LUOGO NASCITA** _____

In servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti)

_____ tel/ _____ mail _____

NOME _____ **COGNOME** _____ **DATA** _____ **LUOGO NASCITA** _____

In servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti)

_____ tel/ _____ mail _____

Modulo 1

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

☐ 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;
- ☐ autodichiarazioni a supporto del ruolo di Referente unico o non Referente unico;
- ☐ 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;
- ☐ ulteriore documentazione a supporto delle dichiarazioni rese nella domanda (es. patologie invalidanti):

FIRMA DEL RICHIEDENTE

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; 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.

Scafati, _____

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Adriana Maria Loredana Miro

Al Dirigente Scolastico
IIS "A. Pacinotti"
Scafati

Oggetto: **RICHIESTA CONFERMA / ANNULLAMENTO fruizione permessi di cui alla Legge 104/92**

Anno Scolastico _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____
in servizio presso questa Istituzione Scolastica in qualità
di _____ avendo inoltrato nel decorso anno scolastico _____ tutta
la documentazione per il beneficio della fruizione dei permessi di cui alla Legge 104/92 e successive
modificazioni ed integrazioni e del Decreto Leg.vo n.105 del 30/06/2022, a conoscenza degli art. 75 e 76 del
DPR 444/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, in materia di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità che la predetta situazione:

A. non ha subito variazioni;

B. ha subito variazioni (indicare quali) _____

e che, pertanto, di AVERE / NON AVERE diritto a fruire dei permessi retribuiti Legge 104 art.33 comma 3
per _____ (indicare nome dell'assistito):

☐ In via esclusiva

☐ In condivisione con i seguenti soggetti (indicare il grado di parentela con l'assistito):

che ne fruiranno "in alternativa" tra di loro,

(indicare il datore di lavoro di chi ne fruisce e la tipologia di contratto):

Il/La sottoscritto/a, in caso di condivisione dei benefici per ogni singola assenza, si impegna a presentare atto
di rinuncia da parte dei restanti beneficiari come sopra individuati.

In fede
