

*Allegato Comun. n. 329 del 04/04/2023 – Richiesta benefici L. 104*



**SEDE CENTRALE: Via Cesarò, 36 Erice (Casa Santa)**

**Cod. M.P.I. TPIS02200A – C.F. 93066580817**

**☎ 0923 569559 ☎ 0923 568484**

**✉ TPIS02200A@istruzione.it ✉ PEC TPIS02200A@pec.istruzione.it**

**🌐 www.sciasciaebufalino.edu.it**



Comunicazione n. 329

Erice, lì 04/04/2023

Ai DOCENTI  
Al Personale ATA  
Alla DSGA  
e p.c.  
LORO SEDI  
All'ALBO dell'istituto  
Al SITO WEB dell'istituto

**OGGETTO: Fruizione dei permessi di cui alla Legge 104/92 e s.m.i. - a.s. 2022-23.**

Si comunica a tutto il **personale in servizio** che, ai sensi della vigente normativa ed al fine di regolarizzare l'emissione del decreto autorizzativo a.s. 2022/2023 per la fruizione dei permessi retribuiti (3 gg mensili) di cui alla Legge 104/92, è necessario, secondo le modalità di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., produrre, qualora non si fosse già provveduto, domanda di fruizione dei permessi di cui all'art. 33, commi 3 o 6.

Il dipendente deve formalizzare la richiesta dei benefici di cui sopra, usando il modello in ALLEGATO e producendo la documentazione necessaria. La richiesta e la relativa documentazione dovranno essere inviate esclusivamente tramite mail a [tpis02200a@istruzione.it](mailto:tpis02200a@istruzione.it).

Si ricorda, infine, che il personale scolastico che fruisce dei permessi retribuiti di cui all'oggetto deve rinnovare la domanda ogni anno scolastico, prima di poter usufruire dei 3 giorni mensili previsti.

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**Prof. Andrea Badalamenti**

(Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3, c. 2 del D. Lgs. n. 39/1993)

**Istituto Tecnico Economico – AFM/SIA/Turistico:**

**Istituto Professionale per i Servizi Commerciali, la Sanità e l'Assistenza Sociale:**

**Istituto Professionale per i Servizi Commerciali, la Sanità e l'Assistenza Sociale:**

**Istituto Tecnico Economico Turistico:**

**Istituto Tecnico Economico/Istituto Professionale per la Sanità e l'Assistenza Sociale:**

Via G. Cesarò, 36 – Erice

Via Socrate, 23 – Trapani

Piazza XXI Aprile, snc – Trapani

Via S. Catalano, 203/205 – Valderice

Sede carceraria: c/o Casa Circondariale di Trapani

☎ 0923 569559

☎ 0923 29002

☎ 0923 872131

☎ 0923 891601

☎ 0923 569559

Al Dirigente Scolastico  
dell'I.I.S.S. "Sciascia e Bufalino"  
Casa Santa - Erice

OGGETTO: Richiesta concessione benefici di cui all'art. 33, comma 3 o 6, L.104/1992

Il/la sottoscritto/a

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
Cod.fisc. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
dipendente in servizio presso in qualità di \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di essere autorizzato/a a fruire dei permessi retribuiti ai sensi dell'art. 33, comma 3 o 6, L.104/1992, per

- se stesso
- assistere il/la proprio/a, le cui generalità sono di seguito indicate  
*(indicare il rapporto di coniugio/parentela/affinità)*

COGNOME	NOME
NATO/A A	IL
RESIDENTE A	IN VIA
COD. FISC.	RAPPORTO PARENTELA:

A tal fine allega la seguente documentazione:

- Copia del verbale di riconoscimento della situazione di handicap grave (art. 3, co. 3, L. 104/92), rilasciato dalla competente Commissione Medica integrata ASL/INPS, relativo a se stesso o al familiare da assistere;
- Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente/dichiarante;
- Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità dell'assistito/a.

Luogo e data

FIRMA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ  
(art. 21 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445;  
ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000;  
sotto la propria responsabilità

**D I C H I A R A**

- che la persona da assistere non è ricoverata a tempo pieno presso strutture ospedaliere o simili (pubbliche o private) che assicurano assistenza sanitaria continuativa;
- di essere il referente unico;
- di usufruire del congedo, alternativamente, al/i seguente/i avente/i diritto:

COGNOME

NOME

(in tal caso dichiarare, per ogni giornata di assenza richiesta, che l'altro avente diritto non ne abbia usufruito e le giornate nell'arco dello stesso mese di cui ha già usufruito MASSIMO 3 GG AL MESE TOTALI)

Il richiedente si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Luogo e data

FIRMA

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.n.196 del 30 giugno 2003, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

La presente dichiarazione sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato. In luogo dell'autenticazione della firma si allega copia fotostatica del documento di identità. La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi. Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000). La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 comma 1 D.P.R. 445/2000). Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000.