



**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. 12

Erice, lì 17/09/2024

Ai DOCENTI  
Al Personale ATA  
Alla DSGA  
LORO SEDI  
e p.c.

**OGGETTO: Fruizione dei permessi di cui alla Legge 104/92 e s.m.i. - a.s. 2024-25.**

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. 2024/2025 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, 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).

Coloro i quali hanno già usufruito dei permessi ai sensi della legge 104/92 nell'anno scolastico precedente, sono invitati a produrre SOLO formale dichiarazione (in allegato) indicando la conferma o le eventuali modifiche rispetto alle notizie dichiarate nell'anno precedente.

Si ricorda, infine, che, prima di poter usufruire dei 3 giorni mensili previsti, il personale scolastico deve avere presentato la domanda ed ottenuto il decreto del Dirigente Scolastico per l'anno scolastico 2024-25.

**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.

*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.*

Luogo e data

FIRMA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

-----  
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.

**Oggetto:** Dichiarazione di **conferma dei benefici** di cui all'art. 33, commi 3 e 6, legge 104/1992, e ss.mm.ii.

Il \_\_\_\_\_ **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 (comma 1 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, della 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 6, della 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, della 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)

**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
- si fa riferimento alla documentazione che viene allegata alla presente dichiarazione e cioè

Erice, lì \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_