



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
SANT'ELIA FIUMERAPIDO

Via IV Novembre 03049 S. Elia Fiumerapido (FR)
C.F. 90032250608- ☎ 0776350200 – 📠 0776351205 ✉ FRIC857001@istruzione.it

Sant'Elia Fiumerapido, 07 ottobre 2020

Ai genitori degli alunni
Al Personale Docente
Al personale ATA
Sito web

COMUNICAZIONE N. 15

Oggetto: Ferie, Permessi vari e assenze per malattia – disposizioni.

Con la presente, fermo restando quanto previsto dal vigente CCNL sottoscritto il 19/4/2018, si dispone che il personale in indirizzo richieda, in forma cartacea e con congruo anticipo, almeno 5 – cinque - giorni lavorativi, le richieste di ferie e permessi vari. Formulata la richiesta, come detto precedentemente, è necessario accertarsi della concessione in forma scritta ed esclusivamente da parte dello scrivente.

Si precisa che, qualora non ricorrano le condizioni appena citate, il permesso deve intendersi negato.

Le assenze per malattia vanno comunicate a mezzo fonogramma, entro le ore 7.30, presso la segreteria dell'istituzione scolastica.

Le visite specialistiche (equiparate a malattia) vanno prenotate in orari non coincidenti con il proprio servizio. Pertanto, saranno autorizzate solo nel caso, documentato, che non sia possibile prenotarle diversamente, per la natura della visita o per altre ragioni legate alla struttura sanitaria a cui ci si rivolge.

Lo stesso principio vale per i permessi necessari per assolvere alle incombenze di altra natura.

Per quanto concerne i permessi di cui alla legge 104/92, per consentire una corretta verifica del diritto, si dispone che il personale interessato presanti domanda di fruizione, secondo il modello allegato e lo corredi da quanto elencato nello stesso. Verificato il diritto al o ai benefici della stessa legge, si presenteranno le domande secondo quanto disposto precedentemente e comunque a seguito di una pianificazione mensile.

I permessi devono essere sempre giustificati, anche a mezzo autocertificazione. A tal proposito si rammenta che le autocertificazioni sono disciplinate dal D.P.R. 28.12.2000, n. 445: **Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa**, a cui il personale deve attenersi scrupolosamente in quanto la Pubblica Amministrazione deve essere messa in condizioni di poter effettuare le necessarie verifiche. Pertanto si avverte di prestare particolare attenzione a quanto previsto dagli artt. 46, 47, 75 e 76 del citato T.U.

Il Dirigente Scolastico
Prof. Roberto Pellegrini

Documento firmato digitalmente ai sensi del codice dell'Amministrazione Digitale e norme ad esso connesse

Allegati:

Modello richiesta benefici legge 104/92 e allegati vari;

Modello autocertificazione.

Al Dirigente Scolastico dell'I.C Sant'Elia Fiumerapido

Oggetto: Domanda di fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/92 e Legge 4 novembre 2010 n.183 per l'assistenza a persone disabili in situazione di handicap grave.

Il sottoscritto _____ nato
a _____ Il _____ prov. _____
residente a _____ in via _____
_____ in servizio nell'Istituto Comprensivo di
Sant'Elia Fiumerapido in qualità di _____

Chiede

Alla S.V. , ai sensi dell'art.33 della Legge 104/1992, di essere ammesso alla fruizione del beneficio del permesso retribuito di n. 3 giorni mensili.

DICHIARA

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi dell'art.47 del D.P.R.445/2000

1. di essere coniuge/parente/affine entro il 2 grado _____ (specificare relazione parentela) del Sig. _____ nato a _____ Il _____ portatore di handicap in situazione di gravità, riconosciuto ai sensi dell'art.3 ed accertato ai sensi dell' art.4 della suddetta Legge.

2 .di essere l'unico Referente del Sig. _____ (portatore di handicap grave) che si dedica alla sua assistenza e cura in maniera esclusiva

3 .di essere l'unico Lavoratore dipendente che presta assistenza al suddetto Sig./ra portatore di handicap grave in quanto è consapevole che il diritto alla fruizione dei permessi non può essere riconosciuto a più di un lavoratore dipendente

4 .che i parenti e affini entro il 2 grado del Sig/ra portatore di handicap grave che lavorano sono i seguenti:

nome e cognome _____ data e luogo di di nascita _____

nome e cognome _____ data e luogo di di nascita _____

nome e cognome _____ data e luogo di di nascita _____

nome e cognome _____ data e luogo di di nascita _____

nome e cognome _____ data e luogo di di nascita _____

5. di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza e pertanto il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno morale oltre che giuridico a prestare effettivamente la propria opera di assistenza (circ. Consiglio dei Ministri- Dipartimento Funzione Pubblica n. 13 del 6.12.2010)

6 .di essere 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 solo per l'effettiva tutela dei disabili (circ.della Presidenza del Consiglio dei Ministri- Dipartimento Funzione Pubblica n. 13 del 6.12.2010)

7 .che il Sig/ra disabile di cui al punto 1 non è ricoverato a tempo pieno presso strutture sanitarie, assistenziali o altro

8 .di essere consapevole delle sanzioni penali previste dell'art. 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità di atti e di dichiarazioni mendaci.

Assumo, per la migliore organizzazione dell'attività lavorativa, formale impegno di comunicare, prima dell'inizio di ciascun mese, un Piano di fruizione con l'indicazione dei giorni di permesso per assistenza di cui intendo fruire, SALVO DIMOSTRATE SITUAZIONI DI URGENZA. (circ.della Presidenza del Consiglio dei Ministri- Dipartimento Funzione Pubblica n. 13 del 6.12.2010)

A pena di responsabilità disciplinare, amministrativa e penale mi impegno a comunicare tempestivamente , nell'arco delle 24 ore successive, il mutamento o la cessazione delle situazioni di fatto e di diritto che determinano il venir meno dalla titolarità del beneficio richiesto e accordato.E ad aggiornare la documentazione prodotta quando tale adempimento si renda necessario.

Frosinone _____

Firma _____

Allega:

- certificato rilasciato dalla ASL n. _____ del _____ attestante lo stato di handicap in situazione di gravità del disabile
- dichiarazione del familiare attestante il rapporto fiduciario col sottoscritto e che il sottoscritto medesimo è l'unico referente della sua assistenza alla quale si dedica in maniera e forma esclusiva

(in caso di impossibilità per causa fisica, psichica o altra di rilasciare tale dichiarazione, allegare dichiarazione del tutore/legale/o atto notorio)

- documentazione attestante il rapporto di parentela con la persona in situazione di handicap da assistere
- n_____dichiarazioni, dei parenti-affini entro il 2 grado lavoratori di cui al punto 4, attestanti che NON prestano assistenza e NON fruiscono dei benefici dell'art.33 comma 3 della Legge 104/92

Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. 8/12/2000 n.445 la dichiarazione è sottoscritta in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritto inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato oppure a mezzo posta.

I dati soprariportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

Modello per parente o affine di 3° grado di persona con handicap grave, che **NON si avvale** dei benefici di cui all'art.33,co.3,L.104/92; art.19,lett.a),L.53/2000; Parere n.13 /2008 Funzione Pubblica

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
RESA AI SENSI DEL D.P.R.445/2000

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ prov. _____, residente a _____

via _____,

lavoratore dipendente libero professionista altro
(barrare con una X la voce che interessa)

in qualità di _____ presso _____

situata in via _____ Comune _____ Prov. _____
(indicare la sede legale)

ai fini della concessione dei benefici di legge (legge 104 /1992 art.33 co.3) al/la sig./ra _____;

ai sensi dell'art 47 del DPR 445 del 2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci;

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA'

1. di essere parente-affine entro il 3° grado del/la sig./ra _____
(specificare parentela -affinità)
nato/a il _____ a _____ prov. _____

in handicap grave (art.33,co.3 L.104/1992);

2. di NON prestare assistenza al/alla sig./ra in handicap grave di cui al p.to 1;

3. di NON fruire dei benefici di cui alla Legge 104/1992 art.33 co.3 (permessi assenze per assistenza)

Data.....

Firma.....

Il sottoscritto inoltre dà il consenso al trattamento dei dati personali di cui alla presente dichiarazione da parte dell' Ammisitrazione Scolastica Istituto Comprensivo Ceprano per le finalità indicate nell'informativa ricevuta con nota n° _____ del _____

Data.....

Firma.....

Allega :

- Copia conforme all'originale della COPIA FOTOSTATICA del documento di identità

Modello Assistenza disabili (art.33 co.3 legge 104/1992)

Attestante il rapporto di parentela e di fiducia

**DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE
(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ prov. _____, residente a _____

in via _____, in situazione di handicap grave (art.33 co.3

legge 104/1992), come da certificato rilasciato dalla ASL Commissione medica competente e

prodotto all'I.C. Sant'Elia Fiumerapido dal/la sig./ra _____

ai fini della concessione dei benefici di legge (legge 104 /1992 art.33 co.3,;

ai sensi dell'art 47 del DPR 445 del 2000,

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci;

dichiara:

- di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl di.....il.....;
- di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992 per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente digrado del richiedente in quanto.....;
- di voler essere assistito soltanto dal Sig./ra..... nato a.....il.....e residente a

Data.....

Firma.....

Il sottoscritto inoltre dà il consenso al trattamento dei dati personali, di cui alla presente dichiarazione e dei dati sensibili riguardanti la propria persona, di cui alla certificazione dello stato di handicap grave rilasciata dalla ASL -Commissione medica competente da parte dell'Amministrazione Scolastica I.C. Sant'Elia Fiumerapido per le finalità indicate nell'informativa ricevuta

Data.....

Firma.....

Allega :

- Copia conforme all'originale della COPIA FOTOSTATICA del documento di identità

Per parente o affine di 2° grado di persona disabile in situazione di handicap grave, che **NON si avvale** dei benefici di cui all'art.33, c.3, L. 104/92 e art.19 L.53/2000;Circ. Pres. Cons. Ministri n.13 /2010

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
RESA AI SENSI DEL D.P.R.445/2000**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ prov. _____, residente a _____

via _____,

lavoratore dipendente libero professionista altro

(barrare con una X la voce che interessa)

in qualità di _____ presso _____

situata in via _____ Comune _____ Prov. _____

(indicare la sede legale)

ai fini della concessione dei benefici di legge (legge 104 /1992 art.33 co.3) al/la

sig./ra _____;

ai sensi dell'art 47 del DPR 445 del 2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci;

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA'

1. di essere parente-affine (specificare parentela -affinità) entro il 2° grado del/la sig./ra:

_____ nato/a _____

il _____ persona disabile in situazione di handicap grave (art.33,co.3 L.104/1992);

2. di NON prestare assistenza al/alla sig./ra in situazione di handicap grave di cui al p.to 1;

3. di NON fruire dei benefici di cui alla Legge 104/1992 art.33 co.3 (permessi assenze per assistenza)

Data.....

Firma.....

Il sottoscritto prende atto dell'informativa fornitagli ai sensi dell'art.10 della legge 675/96 sul trattamento dei dati personali, acconsente, qualora necessario all'istruzione, alla definizione e alla comunicazione inerente alla richiesta:a) al trattamento di eventuali dati sensibili; b) alla comunicazione dei propri dati sensibili e personali a soggetti che gestiscono servizi informatici, di postalizzazione e archiviazione e al trattamento dei dati stessi, ad altri Enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.

Consapevole del fatto che il mancato consenso può comportare l'impossibilità di definire o notevole ritardo della definizione della stessa non acconsente a quanto indicato ai punti - a - b

Ceprano.....

Firma.....

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28/12/2000 n.445 la dichiarazione è sottoscritta in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritto o inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

Informativa sul trattamento dei dati personali (art.13 del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196 recante "codice in materia di protezione dei dati personali")

Si informa che tutti i dati riportati che la riguardano, compreso quelli sensibili e giudiziari, contenuti nel presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla Legge e dai Regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali.

Allega :

- Copia conforme all'originale della COPIA FOTOSTATICA del documento di identità

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(Art. 46 - lettera c - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il Sottoscritto nome _____ cognome _____
sesso _____ nato a _____ Provincia (____) il
____/____/____ residente a _____ Provincia (____) in Via
/Piazza/ Corso _____ n° _____

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

DICHIARA

data

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)*

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.

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)*

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. Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445