



# ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE "VERONA - TRENTO"

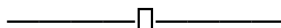
I.T.T."VERONA TRENTO" - I.PIA."MAJORANA"

**MEIS027008 IST. D'ISTRUZ. SUPERIORE IITI "VERONA TRENTO" MESSINA**

Via U. Bassi ls. 148 - Tel. 090.29.34.854 - 090.29.34.070 - Fax 090.69.62.38

MEIS027008@ISTRUZIONE.IT

**98123 MESSINA**



I.I.S. "VERONA TRENTO" MESSINA Prot. 0014104 del 23/09/2025 IV-1 (Uscita)
--

Al Personale  
Al DSGA  
Sito WEB  
Atti

Presso proprie Sedi

Circ. N. 49

**OGGETTO:** Richiesta e fruizione permessi Legge 104/92 - Disposizioni di servizio.

Si comunica a tutto il personale in servizio che, ai sensi della vigente normativa (Legge 183/2010 e relative Circolari attuative INPS), e al fine di rendere compatibili le richieste di permessi di cui all'oggetto con le esigenze organizzativo-didattiche dell'istituzione scolastica, è necessario attenersi alle seguenti direttive.

➤ **CONFERMA DELL'ISTANZA PRESENTATA NELL' A.S. PRECEDENTE**

Ogni dipendente è tenuto, secondo le modalità di cui agli art.75 e76 del DPR 445/2000 e s.m.i., a produrre, qualora non avesse già provveduto, l'autocertificazione sulla permanenza delle condizioni di fruizione dei permessi di cui all'art. 33, commi 3 o 6, della Legge 104/92 relative all'A.S. precedente. L'autocertificazione, che può essere presentata secondo il modello allegato, deve essere inviata all'Ufficio del Personale (indirizzo mail [meis027008@istruzione.it](mailto:meis027008@istruzione.it)), corredata dalla copia del documento di identità, **entro il 30 settembre 2025**.

➤ **VARIAZIONI DELL'ISTANZA PRESENTATA NELL' A.S. PRECEDENTE**

Ogni dipendente è tenuto a comunicare con tempestività al Dirigente Scolastico qualunque eventuale variazione della situazione di fatto o di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni relative alla Legge 104/92.

➤ **PRIMA ISTANZA**

La richiesta di riconoscimento dei benefici di cui alla Legge 104/92 e s.m.i. va inoltrata al Dirigente Scolastico all'indirizzo mail [meis027008@istruzione.it](mailto:meis027008@istruzione.it), che provvederà all'emissione del relativo decreto autorizzativo. La medesima richiesta, per conoscenza, va trasmessa anche all'eventuale Istituto di completamento a cui deve essere consegnato successivamente il decreto di riconoscimento dei benefici della Legge 104/92. Si ricorda al personale scolastico che il decreto legislativo n.105 del 30 giugno 2022 ha introdotto importanti novità nell'ambito dei permessi di cui alla legge 104 e del congedo straordinario, che riguardano i soggetti che potranno fare domanda e fruire delle tutele per l'assistenza a disabili gravi. In particolare è stato cancellato il

principio del referente unico dell'assistenza e, nel rispetto del limite dei tre giorni, i permessi L. 104/92 per l'assistenza alla stessa persona con disabilità grave, potranno essere riconosciuti su richiesta a più soggetti tra gli aventi diritto, che potranno beneficiarne alternativamente.

#### ➤ MODALITÀ DI FRUIZIONE DEI PERMESSI

Alla luce delle disposizioni normative ed al fine di rendere compatibili le richieste dei permessi di cui all'oggetto con le esigenze organizzative e didattiche dell'istituzione scolastica, si forniscono le seguenti direttive per la fruizione dei permessi L.104/92. In particolare, si richiama l'attenzione su quanto disposto dalla Circolare n. 13 del 6/12/2010 del Dipartimento della Funzione Pubblica di cui al comma 7: **“Salvo dimostrate situazioni di urgenza, per la fruizione dei permessi, l'interessato dovrà comunicare al dirigente competente le assenze dal servizio con congruo anticipo, se possibile con riferimento all'intero arco temporale del mese, al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività amministrativa”**. Parimenti, l'Inps, con circolare applicativa della normativa n. 45 dell'01/03/2011, in riferimento alla modalità di fruizione dei permessi per l'assistenza dei disabili in situazione di gravità, al punto 2.1 precisa che: **“Il dipendente è tenuto a comunicare al Direttore della struttura di appartenenza, all'inizio di ciascun mese, la modalità di fruizione dei permessi, ed è tenuto altresì a comunicare, per quanto possibile, la relativa programmazione.”** Sullo stesso tema è intervenuto pure il Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali relativamente alla delicata questione della programmazione dei permessi che, con interpelli n.31/2010 e n. 1/2012, ha riconosciuto al datore di lavoro la facoltà di richiedere una programmazione dei permessi ex art. 33 L.104/92, purché ciò non comprometta il diritto del soggetto disabile ad un'effettiva assistenza.

Pertanto, il Personale che fruisce dei permessi Legge 104/92 art 3 - c.3 è **invitato a produrre entro i 3 giorni** che precedono la fine del mese, la calendarizzazione per il mese successivo delle proprie richieste per la fruizione dei permessi (3 giorni mensili per i docenti – 3 giorni o massimo 18 ore mensili per il personale ATA), inviando la propria proposta di massima indirizzata al DS (Personale Docente), al fine di verificare le condizioni di fruibilità e di programmare una più organica e funzionale sostituzione del personale assente. Si fa presente, inoltre, che, per ovvie motivazioni didattiche e organizzative, l'art.15 del vigente CCNL prevede che tali permessi devono essere possibilmente fruiti dai docenti e dal personale ATA in giornate non ricorrenti, quindi non ricadenti nel medesimo giorno settimanale.

Nel caso di improvvise ed improcrastinabili esigenze di urgenza, sarà possibile modificare il piano mensile previa autodichiarazione motivata, inviando istanza a mezzo mail **all'indirizzo [meis027008@istruzione.it](mailto:meis027008@istruzione.it)** nelle 24 ore precedenti la fruizione dello stesso e, comunque, non oltre l'orario di lavoro del giorno in cui il dipendente ha programmato il permesso.

Si sottolinea che **la programmazione mensile deve essere CONFERMATA** dal Personale, mediante richiesta di fruizione del permesso, su Portale Argo e **inviando mail per conoscenza all'indirizzo [sostituzionidocenti@veronatreto.it](mailto:sostituzionidocenti@veronatreto.it)** (solo per il Personale Docente).

In allegato:

Modulo dichiarazione di conferma benefici Legge 104 (All.1)

Modulo di richiesta benefici Legge104 (All.2)

Modulo di richiesta benefici Legge104 personale (All.3)

Modulo di Programmazione mensile Legge 104 (All.4)

Modulo variazione Programmazione (All.5)

Si ringrazia per la collaborazione e si porgono cordiali saluti.

Il Dirigente Scolastico

Prof. Genovese Luigi

Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs. N° 39/1993

All. 1

Modulo dichiarazione di conferma benefici Legge 104

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Dell'I.I.S. Verona Trento di Messina – Majorana  
Messina

**Oggetto: Dichiarazione di conferma dei benefici di cui all'art. 33 legge 104/1992, l. 53/2000, D.L.vo 151/2001, Circolare INPS n. 90 del 23-05-07, D.l. n. 105 del 30.06.2022 per l'anno scol. 2025/26.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via  
\_\_\_\_\_, (qualifica) \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

che permangono le condizioni prescritte per beneficiare dei tre giorni mensili retribuiti, previsti dalle legge in oggetto, per assistere il proprio \_\_\_\_\_ (padre – madre – figlio – zio, ecc..) sig./ra \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_, riconosciuto portatore di Handicap in situazione di gravità ai sensi dell'art. 33, c. 3 della legge 104/1992, da parte della competente commissione medica dell'A.S.L. di \_\_\_\_\_ di cui all'art. 4 c. I della L. 104/92.

A tal fine, DICHIARA

- che il soggetto inabile non è ricoverato a tempo pieno;
- di prestare un'assistenza sistematica e continuativa alla persona sopra indicata;
- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap;
- che altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap alternata con \_\_\_\_\_ e fermo restando il limite complessivo dei tre giorni come previsto dal Decreto legislativo n. 105 del 30.06.2022.

Si fa riferimento alla seguente certificazione precedentemente allegata ancora in corso di validità:

- certificato rilasciato dalla commissione medica dell'A.S.L. di \_\_\_\_\_ di cui all'art. 4 c. 1 della L. 104/92.

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, ed a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell' Amministrazione, **dichiara** che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità e s' impegna a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sopraesposti (ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituto specializzato, modifica o revoca della gravità dell' handicap, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare, ecc.).

Messina \_\_\_\_\_

firma



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 seguente avente diritto:**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

**In servizio presso (indicare la struttura lavorativa)** \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**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 (in originale o copia autentica);

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;

copia documento di riconoscimento del familiare disabile e di altro eventuale referente beneficiario;

ulteriore documentazione a supporto delle dichiarazioni rese nella domanda (es. patologie invalidanti):

\_\_\_\_\_ lì, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445/2000, la presente dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto o inviata all'ufficio competente via pec, tramite un incaricato oppure a mezzo posta, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante.

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; e successive modifiche e/o integrazioni, e del regolamento UE 679/16, 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 dai 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.

\_\_\_\_\_ lì, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

PER PRESA VISIONE \_\_\_\_\_

All. 3

**MODULO RICHIESTA PERMESSI Legge 104/92  
(Modello domanda permessi retribuiti per se stesso)**

Al Dirigente Scolastico  
IIS VERONA TRENTO - MAJORANA

**Oggetto: Richiesta Permessi Retribuiti ai sensi dell'art. 33 comma 6, della Legge 104/92, modificato con legge n. 183/2010.**

\_\_\_ L \_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

dipendente di codesta Istituzione Scolastica con la qualifica \_\_\_\_\_

in atto in servizio presso \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

ai sensi dell'art. 33 della Legge 104/92, modificato dalla Legge n° 53 del 08/03/2000, artt. 19 e 20, dalla legge n. 183/2010 e delle vigenti norme contrattuali, di usufruire **per se stesso di:**

**3 giorni di permesso retribuiti mensili;**

**di due ore giornaliere per ogni giorno di lavoro effettivamente prestato**, essendo l\_ stess già stat\_ riconosciut\_ portatore di handicap grave (ex art. 3, comma 3, L. 104/92) come da verbale della Commissione Medica per l'accertamento dell'handicap (integrata ex art. 4 medesima Legge) dell'Azienda Sanitaria Provinciale di \_\_\_\_\_, che si allega in copia conforme all'originale.

A tal fine l\_sottoscritt\_, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000, consapevole, così come stabilito all'art. 76 del medesimo decreto, delle sanzioni penali per il caso di dichiarazione mendace e falsità negli atti ed uso di atti falsi

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

1. di essere in possesso di tutti i requisiti previsti dalla normativa vigente in materia per poter beneficiare della legge 104/92;
2. che il Verbale della Commissione Medica per l'accertamento dell'handicap integrata ex art. 4 medesima legge è conforme all'originale in mio possesso e che alla data odierna non ha subito alcuna variazione.

3. che nessun familiare, parente ed affine entro il 3° grado di parentela, lavoratore, ha chiesto di fruire i permessi retribuiti della legge 104/92 art. 33 modificato con legge n. 183/2010, per assistere il sottoscritt\_ medesim\_.
4. Il sottoscritto necessita delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità
5. di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
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;
7. di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni

A tal fine allega:

1. Copia del Verbale di Visita Medica del riconoscimento quale portatore di handicap grave, **reso conforme all'originale;**
2. Documento di identità in corso di validità del dipendente richiedente;

---

Luogo e data

---

(Firma)

**All. 4**

**Modello di Programmazione mensile permessi L.104/92**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

IIS "VERONA TRENTO – MAJORANA"

**OGGETTO: Programmazione Mensile di fruizione dei permessi retribuiti Legge n. 104/92**

**Anno Scolastico: .....**

**\_L\_ SOTTOSCRITT\_..... in servizio presso il plesso**

- Verona Trento
- Majorana

in qualità di (barrare con una X la casella)

- Docente a TI
- Docente a TD
- DSGA
- Assistente Amministrativo a TI
- Assistente Amministrativo a TD
- Assistente Tecnico a TI
- Assistente Tecnico a TD
- Collaboratore Scolastico a TI
- Collaboratore Scolastico a TD

**CHIEDE**

AI SENSI DELL'ART.33 comma 3 DELLA LEGGE N.104/92, DI POTER USUFRUIRE DEI PERMESSI RETRIBUITI PER IL MESE DI \_\_\_\_\_ NEI SEGUENTI GIORNI:

	DATA	GIORNO DELLA SETTIMANA
1.		
2.		
3.		

\_L\_ SOTTOSCRITT\_ si riserva, in caso di necessità improvvisa, di chiedere la fruizione di giorni diversi da quelli su indicati.

Data, \_\_\_\_\_

FIRMA

**All. 5**

**Modello di Variazione per situazioni di urgenza alla programmazione mensile permessi L.104/92**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
IIS “VERONA TRENTO – MAJORANA”

**OGGETTO: Variazione programmazione mensile di fruizione dei permessi retribuiti Legge n.  
104/92 Anno Scolastico: .....**

**\_L\_ SOTTOSCRITT\_.....in servizio presso il plesso**

- Verona Trento
- Majorana

in qualità di (barrare con una X la casella)

- Docente a TI
- Docente a TD
- DSGA
- Assistente Amministrativo a TI
- Assistente Amministrativo a TD
- Assistente Tecnico a TI
- Assistente Tecnico a TD
- Collaboratore Scolastico a TI
- Collaboratore Scolastico a TD

**CHIEDE**

**AI SENSI DELL’ART.33 comma 3 DELLA LEGGE N.104/92, DI POTER USUFRUIRE DEL PERMESSO RETRIBUITO**

Programmato PER IL MESE DI \_\_\_\_\_ come riportato in tabella :

DATA PROGRAMMATA	GIORNO DELLA SETTIMANA PROGRAMMATO	DATA MODIFICATA	GIORNO DELLA SETTIMANA MODIFICATO

Data, \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_