



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO  
Ufficio Scolastico Regionale per la Campania



LICEO SCIENTIFICO CLASSICO "E.TORRICELLI" SOMMA VESUVIANA



Sede Centrale: Via Santa Aloia - Tel.0818997144 - Fax: 0818933614 - Succursale: Via Aldo Moro Tel.0818931030  
80049 Somma Vesuviana (NA) - <https://www.liceotorricellisommavesuviana.edu.it>  
Codice ministeriale: NAPS540009 - [naps540009@istruzione.it](mailto:naps540009@istruzione.it) - [naps540009@pec.istruzione.it](mailto:naps540009@pec.istruzione.it)

LICEO "E. TORRICELLI"  
SOMMA VESUVIANA (NA)  
**Prot. 0007556 del 09/09/2025**  
VII (Uscita)

Ai Docenti

Agli A.T.A

Oggetto: **Permessi di cui alla LEGGE 104/92 - anno Scolastico 2025/2026**

Relativamente all'oggetto si comunica quanto segue:

**Prima istanza /rinnovo a.s.2025-2026**

La richiesta di riconoscimento dei benefici di cui alla Legge 104/92 e s.m.i. va inoltrata al Dirigente Scolastico dell'istituto di titolarità, che provvederà all'emissione del relativo decreto autorizzativo. La medesima richiesta, per conoscenza, va inoltrata anche all'eventuale istituto di completamento a cui deve essere consegnato successivamente il decreto di riconoscimento dei benefici della Legge 104/92.

**Perdita, eventuale, del beneficio della Legge 104/92**

Ogni dipendente deve comunicare con tempestività alla dirigenza scolastica ogni eventuale variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

**Pianificazione dei permessi**

Come da circolare Inps n. 45 dell'1.03.2011, circolare n. 13 del 2010 del Dipartimento della Funzione Pubblica e Interpelli n. 1/2012 e 31/2010 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, "il dipendente è tenuto a comunicare al Direttore della struttura di appartenenza, all'inizio di ciascun mese, la modalità di fruizione dei permessi e la relativa programmazione".

Si invita quindi il personale docente e ATA a produrre delle pianificazioni mensili di fruizione dei permessi per concordare preventivamente con l'Amministrazione le giornate di permesso, utilizzando il modello allegato, che andrà inviato mensilmente all'indirizzo

naps540009@istruzione.it, al fine di “evitare la compromissione del funzionamento dell’organizzazione”. Resta inteso che in dimostrate situazioni di urgenza resta sempre possibile modificare il piano mensile. Chi non avesse esigenze di utilizzo per un certo mese non presenterà il modulo relativo.

Si ricorda infine che:

- Non è possibile usufruire dei giorni di permesso nel caso in cui la persona assistita sia **ricoverata in ospedale** o strutture pubbliche e private dedicate all’assistenza sanitaria
- I soli dipendenti ATA hanno diritto, ove ne ricorrano le condizioni, a fruire dei tre giorni di permesso anche ad ore, nel **limite massimo di 18 ore mensili**
- I docenti sono tenuti da CCNL a fruire dei permessi, per quanto possibile, in **giornate non ricorrenti** per evitare di coinvolgere sempre le stesse classi.

Si allega la modulistica inerente alla circolare da consegnare all’ufficio di segreteria con tutta la documentazione.



IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Anna Giugliano

Firmato digitalmente ai sensi del CAD e n.c.

**Oggetto: Domanda di ammissione ai permessi di cui all'art. 33, commi 3 e 6, legge 104/1992, e ss.mm.ii.**

Il/La \_\_\_\_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nat. \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di:

☐ Docente

☐ ATA

con contratto di lavoro a:

☐ tempo indeterminato

☐ tempo determinato

**CHIEDE**

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 \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

Codice Fiscale

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

(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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

☐ 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 lo stesso 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 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.

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

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

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Consapevole che un solo lavoratore può fruire di giorni di permesso per l'assistenza alla stessa persona  
disabile in situazione di gravità ( ai sensi e per gli effetti dall'art. 33, comma 3, L. 104/92 ) dichiara di voler  
essere assistito o/a soltanto dal \_\_\_\_\_ sig. \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

**Si allega:**

1. copia certificato ASL competente in originale o copia autentica.
2. ulteriore documentazione a supporto delle dichiarazioni rese nella domanda
3. Copia del documento di identità

# DICHIARAZIONE

da parte dei familiari per beneficiare dell' art.33  
legge 104

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
( *grado di parentela*) \_\_\_\_\_ del/lla  
sig. \_\_\_\_\_,

*(indicare il nome del soggetto handicappato)*

dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi delle disposizioni contenute  
nel D.P.R. 28/12/2000 n. 445, di non essere nelle condizioni di prestare  
assistenza continuativa al familiare disabile, per i seguenti motivi:

(\*) \_\_\_\_\_ causa motivi di salute non può  
assistere la propria madre, e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti  
dall'art. 33 della legge 104/92 e di non essersene avvalso/a in precedenza.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
firma

(\*) ragioni esclusivamente oggettive:

(sorelle o fratelli minori, o residenti all'estero, o handicappati, o impossibilitati perché residenti in  
altre città o paese o motivi di salute).

N. B.

Nel caso ci siano altri fratelli o sorelle occorre dichiarare che non si è in grado di prestare assistenza per motivi  
oggettivi. Pertanto ogni altro fratello/sorella membro della famiglia dovrà presentare la suddetta  
dichiarazione.