



Ministero dell'Istruzione e del Merito



ISTITUTO PROFESSIONALE DI STATO SERVIZI PER L'ENOGASTONOMIA E L'OSPITALITÀ ALBERGHIERA

CON CONVITTO ANNESSO E CORSO SERALE

Via Leopardi, 4 – 88068 SOVERATO (CATANZARO) – TEL. 0967620477 – CZRH04000Q@ISTRUZIONE.IT

Circ. 9/2024 -2025

Soverato, 10 settembre 2024

**AL PERSONALE DOCENTE
AL PERSONALE ATA
AL PERSONALE EDUCATIVO
AL DSGA
SITO WEB**

OGGETTO: Permessi legge 104/92

In riferimento alla legge 104/92 si comunica alle SS.LL. che la fruizione dei permessi per assistenza è un diritto e può essere concordata con il datore di lavoro.

Il Ministero infatti richiama la necessità di contemperare il buon andamento dell'attività lavorativa con il diritto all'assistenza del disabile, e ritiene che sia possibile una programmazione settimanale o mensile dei permessi.

Questo non significa che tale diritto è legato alla positiva disponibilità del datore di lavoro ma che può essere oggetto di una programmazione, nei limiti indicati dallo stesso parere ministeriale.

Nel caso in cui sopraggiungano esigenze tali da dover indurre a variare, nel corso del mese, la modalità di fruizione e/o il relativo calendario l'interessato provvederà a darne preventiva e tempestiva comunicazione.

Fermo restando l'obbligo di produrre, di volta in volta, specifica istanza tramite Sportello Digitale, il personale interessato è tenuto a presentare preventivamente e con cadenza mensile il modello permesso legge 104 "Comunicazione modalità di fruizione e relativo calendario".

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott. Renato DANIELE**

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ex art. 3, comma 2 D.Lgs.vo n. 39/93

PERMESSI LEGGE 104/92 - COMUNICAZIONE MODALITÀ DI FRUIZIONE E RELATIVO CALENDARIO
Da prodursi a cura del lavoratore entro il mese precedente a quello di utilizzo dei permessi.

Il/La Sottoscritto/a

<input type="text"/>	<input type="text"/>	nat _ il	<input type="text"/>	Sesso	<input type="checkbox"/>
COGNOME DI NASCITA	NOME		GIORNO MESE ANNO	(M oF)	
a <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA	PROV		CODICE FISCALE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
INDIRIZZO (VIA PIAZZA, FRAZIONE)			N. CIVICO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
COMUNE	PROV	CAP	TELEFONO		

Dipendente dal _____ presso codesto ISTITUTO in qualità di :

<input type="checkbox"/>	PERSONALE DOCENTE
<input type="checkbox"/>	PERSONALE ATA
<input type="checkbox"/>	PERSONALE EDUCATIVO

COMUNICA CHE

con riferimento al mese di * dell'anno

(Mese precedente a quello di utilizzo dei permessi)

- intende fruire dei permessi di cui alla legge 104/92 secondo la seguente modalità di fruizione:

In caso di riconoscimento dei permessi mensili, intende fruire dei permessi:

- in modo continuativo (tre giorni consecutivi) .
- in modo frazionato, a giorni interi.

*** In tale sezione è possibile indicare anche più di un mese qualora la modalità di fruizione ed il relative calendario rimangano invariati anche per i mesi successivi a quello di stesura della comunicazione.**

ed intende assentarsi dal lavoro secondo il seguente calendario:

In caso di riconoscimento dei permessi mensili: indicare le date in cui si intende fruire dei permessi con la specificazione, in caso di scelta della modalità frazionata dei giorni in cui si intende prestare assistenza al familiare disabile.

Il sottoscritto dichiara altresì che nel caso in cui sopraggiungano esigenze tali da dover indurre il medesimo a variare, nel corso del mese, la modalità di fruizione e/o il relativo calendario provvederà a darne preventiva e tempestiva comunicazione.

Data.....

Firma

DEL/DELLA RICHIEDENTE _____

Firma _____

DEL RESPONSABILE

*Per **presa visione** in caso di fruizione dei permessi a giorni e per **condivisione** del calendario sopra indicato in caso di fruizione dei permessi in forma oraria frazionata nonché in caso di assistenza avente i caratteri della sistematicità ed adeguatezza.*