



LICEO SCIENTIFICO, LICEO SCIENTIFICO opz. Scienze Applicate, CLASSICO E DELLE SCIENZE UMANE opz. ECONOMICO SOCIALE

Con annesso Indirizzo Professionale per i Servizi Socio Sanitari **CORSO SERALE "GALILEO GALILEI"**

Viale Pietro Nenni, 53 08015 Macomer (NU)

✉ 078520645 ⌂ 078521168

[www.liceomacomer.edu.it](http://www.liceomacomer.edu.it) ✉ [nups010009@istruzione.it](mailto:nups010009@istruzione.it) Pec ✉  
[nups010009@pec.istruzione.it](mailto:nups010009@pec.istruzione.it)

Codice Meccanografico **NUPSO10009 - NUPSO1050P**

Codice Fiscale **83000890919 Codice univoco IPA UFRINO**

A tutto il personale  
Docente e A.T.A.

Sito - SEDE

Oggetto: Rilevazione Permessi ex L. 104/92

Si comunica alle SS.LL. che, entro il mese di marzo 2021, codesta Amministrazione è obbligata in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 24 della L. 183 del 04/11/2010 ad inserire sul portale PERLA PA la comunicazione dei permessi ex L. 104/92 fruiti dai propri dipendenti nell'anno 2020.

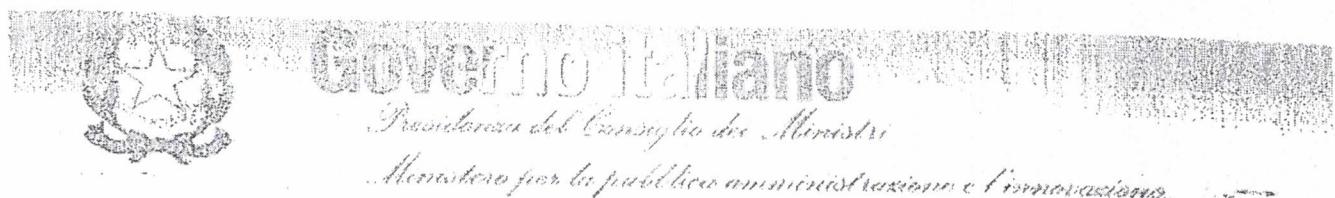
Si invita pertanto il personale che ha usufruito di tali permessi sia a titolo personale che per assistere persona disabile a compilare il modello legge 104 rilevazione pubblicato sul sito allegato alla presente circolare, ed a consegnarlo debitamente compilato in ogni sua voce alla segreteria del personale, entro e non oltre il 15 marzo 2020

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Gavina Cappai

Firma autografa sostituita ai sensi dell'art.3 comma 2

Del d.L.vo39/93



## Scheda Rilevazione legge 104 - Anno \_\_\_\_\_

Amministrazione: \_\_\_\_\_

### PARTE PRIMA: Dati anagrafici

1. Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_
2. Sesso:  Maschio  Femmina
3. Data di Nascita: \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_
4. Luogo di nascita:
  - Nazione: \_\_\_\_\_
  - Provincia: \_\_\_\_\_
  - Comune: \_\_\_\_\_
5. Residenza: Provincia: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_

### PARTE SECONDA: Dati contrattuali

1. Livello di inquadramento:
    - Dirigente Prima Fascia
    - Dirigente Seconda Fascia
    - Qualifica Unica Dirigente
    - Non Dirigenziale
  2. Data presa in servizio: \_\_\_\_\_
  3. Durata:
    - A tempo indeterminato
    - A tempo determinato
  4. Tipologia di contratto:
    - A tempo pieno
    - Part-time
- 4.1 Se Part-time indicare
- Tipo:  Orizzontale  Verticale  Misto
- Percentuale: \_\_\_\_\_ %

**PARTE TERZA: Dati sulla Legge 104/92**

1. Permessi usufruiti per:

Lavoratore disabile che fruisce permessi per se stesso

Tipo di disabilità:  Non Rivedibile

Rivedibile Anno Revisione \_\_\_\_\_

Lavoratore che fruisce permessi per assistere persona disabile

(compilare per ciascuna persona disabile per cui si usufruisce delle agevolazioni previste dalla legge 104/92 e s.m.i. la scheda informativa persona assistita allegata di seguito)

**PARTE QUARTA: Permessi fruiti in base alla L. n.104**

1. Permessi fruiti in base alla l.n. 104/1992 a titolo personale

(elencare solo se le agevolazioni sono relative a lavoratore disabile che fruisce permessi per se stesso )

| Mese      | Giornate di permesso (gg) | Ore permesso (hh) |
|-----------|---------------------------|-------------------|
| Gennaio   |                           |                   |
| Febbraio  |                           |                   |
| Marzo     |                           |                   |
| Aprile    |                           |                   |
| Maggio    |                           |                   |
| Giugno    |                           |                   |
| Luglio    |                           |                   |
| Agosto    |                           |                   |
| Settembre |                           |                   |
| Ottobre   |                           |                   |
| Novembre  |                           |                   |
| Dicembre  |                           |                   |

PARTE QUINTA: Agevolazioni ottenute

1. Se lavoratore disabile che fruisce permessi per se stesso, ha usufruito dell'avvicinamento alla sede di lavoro più vicina al proprio domicilio ?

No

Si, in quale anno: \_\_\_\_\_

2. Se lavoratore disabile, che fruisce permessi per assistere persona/e disabile ha usufruito dell'avvicinamento alla sede di lavoro più vicina al domicilio della persona assistita?

No

Si, in quale anno: \_\_\_\_\_

3. Il rapporto di lavoro è stato trasformato in regime part-time nel corso del 2010 ?

No

Si

se si indicare la durata del part-time:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  In corso

tipo:  Orizzontale  Verticale  Misto

percentuale: \_\_\_\_\_

4. Il rapporto di lavoro è stato trasformato da part-time a tempo pieno nel corso del 2010 ?

No

Si

se si indicare la durata del part-time:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

tipo:  Orizzontale  Verticale  Misto

percentuale: \_\_\_\_\_

Scheda informativa persona assistita

- Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_
- Sesso:  Maschio  Femmina
- Luogo di nascita:  
- Nazione: \_\_\_\_\_  
- Provincia: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_
- Data di Nascita: \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_
- Residenza: Provincia: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_
- Tipo disabilità:  Non Rivedibile  Rivedibile Anno Revisione: \_\_\_\_\_
- Parentela:  
 Genitore  Coniuge  Figlio  Parente o affine fino al II Grado  
 Parente o affine del III grado  
motivazione ai sensi dell'art. 33, comma 3, l. n. 104 del 1992 e s.m.i.  
 Coniuge della persona disabile con età superiore a 65 anni  
 Genitori della persona disabile con età superiore a 65 anni  
 Coniuge affetto da patologia invalidante  
 Genitori affetti da patologia invalidante  
 Coniuge deceduto o mancante  
 Genitori deceduti o mancati
- se l'assistito è un figlio indicare se:  
- è minore di tre anni: SI  NO   
- la fruizione è alternativa con:  
 Genitore  Coniuge  Parente o affine fino al II Grado  
 Parente o affine fino al III Grado  
motivazione ai sensi dell'art. 33, comma 3, l. n. 104 del 1992 e s.m.i.  
 Coniuge della persona con handicap con età superiore a 65 anni  
 Genitori della persona con handicap con età superiore a 65 anni  
 Coniuge affetto da patologia invalidante  
 Genitori affetti da patologia invalidante  
 Coniuge deceduto o mancante  
 Genitori deceduti o mancati
- l'altro genitore o parente o affine è dipendente pubblico SI  NO   
se si quale amministrazione: \_\_\_\_\_
- L'assistito è dipendente pubblico: SI  NO   
se dipendente pubblico indicare:  
tipo rapporto/contratto:  Tempo indeterminato  Tempo determinato  
Amministrazione: \_\_\_\_\_

- Elencare i permessi usufruiti per assistere la persona disabile

| Mese      | Giornate di permesso (gg) | Ore permesso (hh) |
|-----------|---------------------------|-------------------|
| Gennaio   |                           |                   |
| Febbraio  |                           |                   |
| Marzo     |                           |                   |
| Aprile    |                           |                   |
| Maggio    |                           |                   |
| Giugno    |                           |                   |
| Luglio    |                           |                   |
| Agosto    |                           |                   |
| Settembre |                           |                   |
| Ottobre   |                           |                   |
| Novembre  |                           |                   |
| Dicembre  |                           |                   |