



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 **NUPS010009 - NUPS01050P**

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

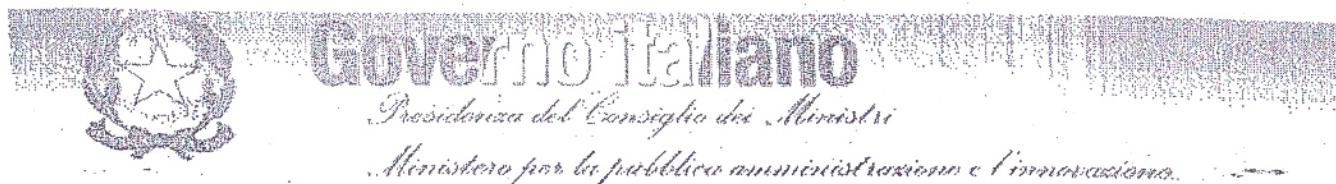
Si comunica alle SS.LL. che, entro il mese di marzo 2022, codesta Amministrazione è obbligata, in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 24 della L. 183 del 04/11/2010, ad inserire sul portale PERLA PA la comunicazione dei permessi ex L. 104/92 frui dai propri dipendenti nell'anno 2021.

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 104/92 rilevazione" allegato alla presente circolare, ed a consegnarlo debitamente compilato in ogni sua voce alla segreteria del personale, entro e non oltre il 15 marzo 2022.

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Gavina Cappai

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

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  Mistò

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: \_\_\_\_\_

- Elenicare 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		