



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.it ✉ nups010009@istruzione.it Pec ✉ nups010009@pec.istruzione.it

Codice Meccanografico **NUPS010009 - NUPS01050P**

Codice Fiscale **83000890919** Codice univoco IPA **UFRINO**

Circ. n° 245

Macomer 16 gennaio 2018

A tutto il personale

Docente e ATA

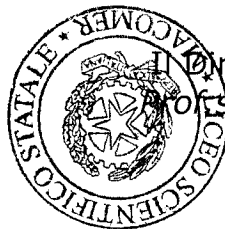
Sito

Sede

Oggetto: Rilevazione Permessi ex L. 104/92

Si comunica alle SS.LL. che, entro mese di marzo 2018, 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 fruiti dai propri dipendenti nell'anno 2017.

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 **31 gennaio 2018**.



Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Gavina Cappai



Governo Italiano

Presidenza del Consiglio dei Ministri

Ministero per la pubblica amministrazione e l'innovazione

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 mancanti
- 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 mancanti
- l'altro genitore o parente o affine è dipendente pubblico SI ☐ NO ☐
- se sì 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		