



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)

tel 078520645 fax 078521168

[www.liceomacomer.it](http://www.liceomacomer.it) e-mail [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**

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 frui 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**.





# 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 \_\_\_\_\_
- Paréntela:
- 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: \_\_\_\_\_

- Elençare 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  |                           |                   |