



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE "ANTONIO CUSTRA" -  
CERCOLA (NA)

Ambito Territoriale NA 20

Cod. mecc. NAIC850002 - c. f. 94065440631

DIREZIONE: VIA EUROPA, 22 - 80040 CERCOLA  
(NA)

☐: [naic850002@istruzione.it](mailto:naic850002@istruzione.it)

☐: [naic850002@pec.istruzione.it](mailto:naic850002@pec.istruzione.it)

🌐: [www.iccustra.edu.it](http://www.iccustra.edu.it)

Uff. eFatturaPA:UFUE73

ISTITUTO COMPRESIVO STATALE - "A. CUSTRA"-CERCOLA  
Prot. 0004891 del 11/09/2024  
VII (Uscita)

Cercola, 11/09/2024

**Ai docenti**  
**Al personale ATA**  
**Al sito WEB**

Oggetto: **Fruizioni permessi di cui alla LEGGE 104/92 anno scolastico 2024/2025**

**VISTO** l'art. 24 comma 1 lettera a) della Legge n. 183/2010 che ha stabilito, in modo esplicito le modalità di fruizione dei permessi previsti dall'art.33 della Legge 104 del 1992, per assistere il familiare in condizione di disabilità grave, ovvero che, il diritto alla fruizione dei permessi può essere riconosciuto ad un solo lavoratore, in possesso dei requisiti di legge, per assistere la stessa persona disabile.

**VISTE le circolari** INPS n. 155 del 3 dicembre 2010, INPDAP n. 1 del 14 febbraio 2011 Dipartimento Funzione Pubblica n. 13 del 6 dicembre 2010 chiariscono l'indirizzo in merito alla **Legge n. 183/2010. al fine di rendere compatibili le richieste di permessi di cui all'oggetto con le esigenze organizzativo-didattiche dell'istituzione scolastica, si forniscono le seguenti direttive:**

**Conferma dell'istanza presentata nell'a.s. precedente**

Ogni dipendente è tenuto, secondo le modalità di cui agli art.75 e76 del DPR 445/2000 e s.m.i., a produrre autocertificazione sulla permanenza delle condizioni di fruizione dei permessi di cui all'art. 33, commi 3 o 6, della Legge 104/92 relative all'a.s. precedente. L'autocertificazione può essere presentata secondo il modello allegato alla presente comunicazione (**Allegato 1**).

**Prima istanza**

La richiesta di riconoscimento dei benefici di cui alla Legge 104/92 e s.m.i. va inoltrata all'istituto di titolarità che provvederà all'emissione del relativo decreto autorizzativo. La medesima richiesta, per conoscenza, va inoltrata anche all'eventuale istituto di completamento a cui deve essere consegnato successivamente il decreto di riconoscimento dei benefici della Legge 104/92. La richiesta può essere presentata secondo il modello **Allegato2 con i relativi allegati Allegato 2.1- Allegato 2.2.**

**Questa dirigenza, in entrambe le ipotesi di cui sopra, e nei termini previsti dalla normativa vigente, provvederà ad emettere apposito DECRETO valevole per l'a.s. in corso. Fino a tale momento, non potranno essere concessi i suddetti permessi.**

Il dipendente deve formalizzare la richiesta dei benefici di cui sopra producendo la seguente documentazione:

- Domanda in carta semplice, nella quale dichiarare che:
  - l'assistito non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati, cioè strutture ospedaliere o simili, pubbliche o private, che assicurano assistenza sanitaria continuativa;
  - nessun altro familiare beneficia dei permessi di cui alla Legge 104/92 per lo stesso assistito;
  - la convivenza o meno con l'assistito;



**ISTITUTO COMPRESIVO STATALE "ANTONIO CUSTRA" -  
CERCOLA (NA)**

Ambito Territoriale NA 20

Cod. mecc. NAIC850002 - c. f. 94065440631

**DIREZIONE: VIA EUROPA, 22 - 80040 CERCOLA  
(NA)**

☐: [naic850002@istruzione.it](mailto:naic850002@istruzione.it)

☐: [naic850002@pec.istruzione.it](mailto:naic850002@pec.istruzione.it)

🌐: [www.iccustra.edu.it](http://www.iccustra.edu.it)

Uff. eFatturaPA:UFUE73

- Certificazione anagrafica attestante il legame di parentela/affinità con l'assistito o eventuale autocertificazione;
- Copia conforme all'originale del verbale della Commissione medica attestante lo stato di "disabilità grave" dell'assistito.

### **MODALITA' DI FRUIZIONE DEI PERMESSI DI CUI DELLA LEGGE 104/92**

I permessi di cui all'art. 33, commi 3 o 6, della L. 104/92 e s.m.i. devono essere fruiti dal dipendente:

- in giornate non ricorrenti;
- comunicati, salvo improvvise esigenze, almeno tre giorni prima della fruizione;
- non per far fronte a necessità di tipo assistenziale (aiuto all'igiene, aiuto all'alimentazione, supporto personale), ma solamente per necessità di tipo "sanitario".

### **CRONOPROGRAMMA DEI PERMESSI**

Si precisa, inoltre, che, ai sensi della circolare del Dipartimento della funzione pubblica (n°13, 13 del 2010 la quale ribadisce che "Salvo dimostrate situazioni di urgenza, per la fruizione dei permessi, l'interessato dovrà comunicare al dirigente competente le assenze dal servizio con congruo anticipo, se possibile con riferimento all'intero arco temporale del mese, al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività amministrativa" coloro che fruiranno dei permessi in parola sono tenuti a produrre una programmazione mensile da presentare entro il 30 del mese precedente, salvo improvvise ed improcrastinabili esigenze di assistenza del soggetto disabile.

In tal caso, il lavoratore, previa istanza al dirigente scolastico, di norma entro i tre giorni precedenti la fruizione del permesso, potrà variare la giornata già comunicata nel cronoprogramma.

Il modello di presentazione del cronoprogramma è rinvenibile **nell'Allegato 3**.

### **PERDITA, EVENTUALE, DEL BENEFICIO DELLA LEGGE 104/92**

**Ogni dipendente deve comunicare con tempestività alla dirigenza scolastica ogni eventuale variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.**

**Il Dirigente Scolastico**

**Dott.ssa Maria Rosaria NAPPO**

(firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi del D. Lgsv 39/93, art. 3 comma 2)



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE "ANTONIO CUSTRA" -  
CERCOLA (NA)

Ambito Territoriale NA 20

Cod. mecc. NAIC850002 - c. f. 94065440631

DIREZIONE: VIA EUROPA, 22 - 80040 CERCOLA  
(NA)

☐: [naic850002@istruzione.it](mailto:naic850002@istruzione.it)

☐: [naic850002@pec.istruzione.it](mailto:naic850002@pec.istruzione.it)

☎: [www.iccustra.edu.it](http://www.iccustra.edu.it)

Uff. eFatturaPA:UFUE73

*Allegato 1*  
**Al Dirigente Scolastico  
Dell'IC "A.Custra"- Cercola**

**OGGETTO: DICHIARAZIONE PERMANENZA REQUISITI AI FINI DEI BENEFICI DELLA L. 104/92**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ in servizio in qualità di

**A.T.A. / DOCENTE** con contratto a tempo  INDETERMINATO -  DETERMINATO

#### **CHIEDE**

di usufruire anche per l'a. s. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ dei permessi ai sensi dell'art. 33 della Legge n. 104/92 per:

assistere proprio familiare, di cui si è già data comunicazione;

situazione personale, di cui si è già data comunicazione;

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n.445 del 28dicembre 2000 in caso di dichiarazioni mendaci,

#### **DICHIARA**

- che non sono mutate le condizioni per cui è stata presentata richiesta ai sensi della Legge n.104/92 già depositata presso codesto ufficio.
- che il familiare assistito non è ricoverato a tempo pieno, anche in via temporanea, presso istituti specializzati;
- che sussistono i requisiti della continuità e dell'esclusività della richiesta di assistenza al familiare, dovendo assisterlo per le sue necessità ed essendo altresì l'unico soggetto in grado di potere prestare assistenza;
- che all'interno del nucleo familiare non vi sono altri soggetti che prestino assistenza, ovvero che, trattandosi di familiare non convivente, lo stesso non è inserito in un nucleo familiare in cui sono presenti lavoratori che beneficiano degli stessi permessi ovvero soggetti non lavoratori che siano in grado di assisterlo.
- che è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno morale oltre che giuridico a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- che è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;

#### **SI IMPEGNA**

a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni, aggiornando la documentazione prodotta a supporto dell'istanza quando ciò si renda necessario, anche a seguito di richiesta dell'amministrazione.

**In fede**

\_\_\_\_\_



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE "ANTONIO CUSTRA" -  
CERCOLA (NA)

Ambito Territoriale NA 20

Cod. mecc. NAIC850002 - c. f. 94065440631

DIREZIONE: VIA EUROPA, 22 - 80040 CERCOLA  
(NA)

Uff. eFatturaPA:UFUE73

☐: [naic850002@istruzione.it](mailto:naic850002@istruzione.it)

☐: [naic850002@pec.istruzione.it](mailto:naic850002@pec.istruzione.it)

🌐: [www.iccustra.edu.it](http://www.iccustra.edu.it)

**Allegato 2**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
dell'IC "A.Custra"-Cercola**

**Il/la sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) in Via/P.za \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_,

in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di \_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni in qualità di:

- genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;
- genitore della persona disabile di età superiore a tre anni;
- parente, affine o coniuge di una persona con disabilità;
- disabile lavoratore richiedente i permessi.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(Artt. 46 e 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa –  
D.P.R. 28/12/2000, n° 445)

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

**DICHIARA**

a. Che l'ASL di \_\_\_\_\_, nella seduta del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992), di:  
 Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Grado di parentela <sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
 (data adozione/affido) \_\_\_\_\_ data e luogo di nascita \_\_\_\_\_ Residente  
 a \_\_\_\_\_, in Via/Piazza \_\_\_\_\_ come risulta dalla  
 certificazione che si allega.

b. che la famiglia anagrafica della persona per la quale vengono richiesti i permessi è così costituita:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela	(se lavoratore) Dati del datore di lavoro

- di assistere in via continuativa ed esclusiva la persona sopra indicata;
- che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati.



FONDI STRUTTURALI EUROPEI

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO-FESR

pon 2014-2020



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
Dipartimento per la Programmazione  
Direzione Generale per interventi in materia di edilizia scolastica, per la gestione dei fondi strutturali per l'istruzione e per l'innovazione digitale  
Ufficio IV



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "ANTONIO CUSTRA" -  
CERCOLA (NA)

Ambito Territoriale NA 20

Cod. mecc. NAIC850002 - c. f. 94065440631

DIREZIONE: VIA EUROPA, 22 - 80040 CERCOLA (NA)

☐: [naic850002@istruzione.it](mailto:naic850002@istruzione.it)

☐: [naic850002@pec.istruzione.it](mailto:naic850002@pec.istruzione.it)

☎: [www.iccustra.edu.it](http://www.iccustra.edu.it)

Uff. eFatturaPA:UFUE73

- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap;  
*oppure*
- che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori (si allega dichiarazione di responsabilità dell'altro genitore);

- di essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra specificato  
*oppure*
- di non essere convivente con il soggetto portatore di handicap, ma di svolgere con continuità l'assistenza allo stesso per le necessità quotidiane non essendoci parenti ed affini entro il 3° grado conviventi con la persona sopra indicata e non lavoratori, che possano fornirLe assistenza;

<sup>1</sup> Indicare se: figlio/a (in caso di adozione/affidamento, indicare la data del provvedimento); Parente o affine entro il 3° grado (specificare se: padre, nuora, ecc.). Solo per coloro che richiedono i permessi per assistere un parente/affine entro il 3° grado:

- che i seguenti parenti o affini entro il 3° grado, conviventi con la persona sopra indicata, non possono fornirLe assistenza, ancorché non lavoratori, per i motivi indicati a fianco di ciascun nominativo:

Cognome e Nome	Motivo per cui non può prestare assistenza (indicare il n°/lett. corrispondente ad una o più motivazioni sottoelencate)

**Elenco delle motivazioni che impediscono di fornire assistenza alla persona handicappata individuate con deliberazione n. 32 del 7.3.2000 dell'INPS:**

- 1) Ai fini della concessione dei giorni di permesso previsti dall'art. 33, comma 3, della legge n. 104/92, qualora nella famiglia del portatore di handicap siano presenti familiari non lavoratori, le situazioni di impossibilità, per questi ultimi, di assistere l'handicappato sono individuabili al verificarsi delle seguenti ipotesi:
  - a) riconoscimento, da parte dell'INPS o di altri Enti pubblici, di pensioni che presuppongano, di per sé, una incapacità al lavoro pari al 100% (quali le *pensioni di inabilità* o analoghe provvidenze in qualsiasi modo denominate)
  - b) riconoscimento, da parte dell'INPS o di altri Enti pubblici, di pensioni, o di analoghe provvidenze in qualsiasi modo denominate (quali le *pensioni di invalidità civile*, gli *assegni di invalidità* INPS, le *rendite INAIL*, e simili), che individuino, direttamente o indirettamente, una infermità superiore ai 2/3;
  - c) età superiore ai 70 anni, in presenza di una qualsiasi invalidità comunque riconosciuta;
  - d) età inferiore ai 18 anni (anche nel caso in cui non sia studente);
  - e) infermità temporanea per i periodi di ricovero ospedaliero.
- 2) Altre infermità temporanee, debitamente documentate, o, più in generale, i motivi di carattere sanitario, anch'essi debitamente documentati, del familiare non lavoratore dovranno essere valutati dal medico della Sede



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE "ANTONIO CUSTRA" -  
CERCOLA (NA)

Ambito Territoriale NA 20

Cod. mecc. NAIC850002 - c. f. 94065440631

DIREZIONE: VIA EUROPA, 22 - 80040 CERCOLA  
(NA)

☐: [naic850002@istruzione.it](mailto:naic850002@istruzione.it)

☐: [naic850002@pec.istruzione.it](mailto:naic850002@pec.istruzione.it)

🌐: [www.iccustra.edu.it](http://www.iccustra.edu.it)

Uff. eFatturaPA:UFUE73

INPS al fine di stabilire se e per quale periodo, in relazione alla natura dell'handicap del disabile nonché al tipo di affezione del familiare non lavoratore, sussista una impossibilità, per quest'ultimo, di prestare assistenza.

- 3) In caso di genitori entrambi lavoratori e di figlio minorenne handicappato grave, la presenza di familiari non lavoratori non pregiudica la possibilità, per uno dei due genitori, di fruire, secondo le condizioni previste, dei permessi per assistere tale figlio.

Solo per coloro che richiedono i permessi in qualità di disabile lavoratore:

- di voler fruire dei permessi secondo le seguenti modalità:
  - tre giorni al mese;
  - due ore al giorno dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_;
- di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445.

Si allega

- certificazione ASL dalla quale risulti che il familiare assistito si trovi in situazione di handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/92;
- dichiarazione che gli altri familiari entro il secondo grado (o terzo nei casi previsti) non fruiscono dei permessi o non sono idonei a prestare assistenza (Allegato 2.1)
- dichiarazione del soggetto disabile (Allegato 2.2)

Il/la Dichiarante

Data \_\_\_\_\_

**AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera**



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE "ANTONIO CUSTRA" -  
CERCOLA (NA)

Ambito Territoriale NA 20

Cod. mecc. NAIC850002 - c. f. 94065440631

DIREZIONE: VIA EUROPA, 22 - 80040 CERCOLA  
(NA)

Uff. eFatturaPA:UFUE73

☐: [naic850002@istruzione.it](mailto:naic850002@istruzione.it)  
☐: [naic850002@pec.istruzione.it](mailto:naic850002@pec.istruzione.it)  
🌐: [www.iccustra.edu.it](http://www.iccustra.edu.it)

Allegato 2.1

**Dichiarazione personale dei fratelli /sorelle/ parenti e affini entro il terzo grado che non sono in grado di assistere il disabile**

Il/la sottoscritto/a .....figlio/a  
fratello/sorella/parente/affine entro il terzo grado di .....del  
disabile in situazione di gravità,

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR 445/2000, così come modificato ed integrato dall'art. 15 della legge 16 gennaio 2003 n. 3 e dall'art.15 comma 1 della legge 183/2011,

- **di non essere in grado** di effettuare l'assistenza al padre/alla madre/al fratello/sorella disabile, al parente/ all'affine entro il terzo grado in situazione di gravità con necessità di un'assistenza continuativa, globale e permanente, **per ragioni esclusivamente oggettive** tali da non consentire l'effettiva e continuativa assistenza, di seguito analiticamente indicate,

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti nell'art. 33 commi 5 e 7 della legge 104/92 e di non essersene avvalso/a in precedenza.

Si allega copia del documento di riconoscimento n. \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Data.....

Firma.....



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE "ANTONIO CUSTRA" -  
CERCOLA (NA)

Ambito Territoriale NA 20

Cod. mecc. NAIC850002 - c. f. 94065440631

DIREZIONE: VIA EUROPA, 22 - 80040 CERCOLA  
(NA)

Uff. eFatturaPA:UFUE73

✉: [naic850002@istruzione.it](mailto:naic850002@istruzione.it)  
✉: [naic850002@pec.istruzione.it](mailto:naic850002@pec.istruzione.it)  
🌐: [www.iccustra.edu.it](http://www.iccustra.edu.it)

Allegato 2.2.

### DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat. a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, residente  
a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000, per dichiarazioni  
non veritiere, formazione o uso atti falsi

#### DICHIARA

- di essere in condizioni di disabilità grave accertata con verbale della Commissione ASL di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/92 per sé stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di \_\_\_\_\_ grado del richiedente in quanto \_\_\_\_\_;
- di voler essere assistito soltanto dal/la sig./ra \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

Si allega copia del documento di riconoscimento n. \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_





ISTITUTO COMPRESIVO STATALE "ANTONIO CUSTRA" -  
CERCOLA (NA)

Ambito Territoriale NA 20

Cod. mecc. NAIC850002 - c. f. 94065440631

DIREZIONE: VIA EUROPA, 22 - 80040 CERCOLA  
(NA)

☐: [naic850002@istruzione.it](mailto:naic850002@istruzione.it)  
☐: [naic850002@pec.istruzione.it](mailto:naic850002@pec.istruzione.it)  
☎: [www.iccustra.edu.it](http://www.iccustra.edu.it)

Uff\_eFatturaPA:UFUE73

**Allegato 3**  
**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
**ISTITUTO COMPRESIVO**  
**"CUSTRA" - CERCOLA**

**Oggetto: Richiesta permessi art. 33. della Legge 104/1992 e ss.mm.ii - Inoltro Cronoprogramma.**

\_ l\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ il \_\_\_\_/ \_\_/ \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ prov(\_\_\_\_) in servizio presso questa Istituzione Scolastica, in  
qualità di \_\_\_\_\_ con contratto di lavoro a tempo determinato/indeterminato

**CHIEDE**

di poter fruire dei seguenti permessi previsti:

- dall'art. 33, comma 3, della Legge 104/92, per l'assistenza del coniuge, parente o affine entro il secondo grado, ovvero **entro il terzo grado qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i 65 anni di età oppure siano anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti;**
- all'art. 33, comma 6, della Legge 104/92, per sé stesso, essendo persona disabile, in situazione di gravità e titolare di un rapporto di lavoro subordinato;
- dall'art. 33, comma 3, della Legge 104/92 e dall'art. 42 del novellato D.Lgs n. 151/2001 in quanto lavoratrice madre o, in alternativa, lavoratore padre, genitori anche adottivi, di minore con handicap in situazione di gravità accertata ai sensi dell'art.4, comma1, della L. 104/92, fino a 3 anni di vita del bambino;
- dall'art. 33, comma 3, della Legge 104/92 e dall'art. 42 del novellato D.Lgs n. 151/2001 in quanto lavoratrice, madre o, in alternativa, lavoratore padre genitore anche adottivi di figlio con handicap in situazione di gravità;

A tal fine presenta il seguente cronoprogramma mensile:

Giorno \_\_\_\_\_ / \_\_/ \_\_\_\_\_

Giorno \_\_\_\_\_ / \_\_/ \_\_\_\_\_

Giorno \_\_\_\_\_ / \_\_/ \_\_\_\_\_

li, \_\_\_\_\_

Firma del dipendente

\_\_\_\_\_

Per l'assistenza allo stesso figlio con handicap in situazione di gravità, il diritto è riconosciuto a entrambi i genitori, anche adottivi, che possono fruirne alternativamente

VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO