



Ministero dell'Istruzione e del Merito

**Liceo Scientifico Statale  
"Giancarlo Siani"**

Viale Europa 269 - 81031 AVERSA (CE) - Tel. 0815039172  
e-mail [ceps14000x@istruzione.it](mailto:ceps14000x@istruzione.it) [ceps14000x@pec.istruzione.it](mailto:ceps14000x@pec.istruzione.it) sito web: [www.liceosianiaversa.edu.it](http://www.liceosianiaversa.edu.it)

AVERSA, 06/09/2024

LICEO SCIENTIFICO STATALE - "GIANCARLO SIANI"-AVERSA  
Prot. 0005667 del 06/09/2024  
VII-6 (Uscita)

Al Personale Docente  
Al personale ATA  
All'Albo - Sito web d'Istituto

COMUNICAZIONE n4

**OGGETTO: Aggiornamento documentazione legge 104/92 a.s. 2024/25**

Si comunica alle SS.LL. a seguito dell'aggiornamento della normativa per la fruizione per la legge 104/92 revisione D.Lgs 30 giugno 2022 n. 105, il personale docente e ATA, in servizio, beneficiario della legge 104/92 per se stesso, per parenti o affini entro il terzo grado è tenuto a consegnare in Segreteria area personale entro 27/09/2024 la dichiarazione di fruizione plurima, in allegato, per l'A.S. 2024/25.

Inoltre per i nuovi richiedenti la documentazione deve essere completa anche di copia verbale accertamento portatore handicap in situazione gravità art 3 comma 3 L.5.2.1992 n 104.



IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Rosaria Barone

Referente Amm.vo Giovanni Maisto

Liceo Scientifico e Liceo opzione scienze applicate - Liceo Linguistico  
Cod.Mecc. CEPS14000X - Sede associata S. Arpino Cod. Mecc. CEPS140011  
C.F. 90023590616 - Codice UFNBBAA

**OGGETTO:** Richiesta permessi ai sensi della Legge n.104/92–Revisione D.Lgs. 30 giugno 2022, n. 105

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_,  
nat a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, in servizio presso questo Istituto  
in qualità di Docente / Assistente Amministrativo / Collaboratore Scolastico (*cancellare le voci che  
non interessano*) a tempo determinato / indeterminato

CHIEDE

di beneficiare dei permessi previsti dall'art.33 comma 3 della legge n. 104/1992, come novellato dal  
D.Lgs. 30 giugno 2022, n. 105. A tal fine,

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità, ai sensi degli art.46 e 47 del DPR 445/2000 e  
consapevole che ai sensi dell'art 76 del DPR 445/2000 "*Chiunque rilasci dichiarazioni mendaci,  
forma atti falsi o ne fa uso ( . . . ) nei casi previsti dal presente T.U. è punito ai sensi del codice  
penale e delle leggi speciali in materia*"

di prestare assistenza a (*indicare le generalità dell'assistito*):

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Grado di parentela <sup>1</sup> \_\_\_\_\_ data di nascita (data adozione/affido) \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

luogo di nascita \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

Residente a \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_

che l'assistit\_\_\_ è in situazione di disabilità grave ex art.3 c.3 legge 104/92, come da Verbale /  
Decreto \_\_\_\_\_ che si allega;

che il/La sottoscritt\_\_\_ NON E' l'unico familiare che presta assistenza;

che l'altro familiare che assiste il disabile è il/La Sig.  
\_\_\_\_\_, nat a \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, professione \_\_\_\_\_ in servizio presso  
\_\_\_\_\_;

che l'altro familiare beneficerà dei permessi per lo stesso portatore di handicap assistito  
alternativamente con il/La sottoscritt\_\_\_, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due  
beneficiari;

che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso  
istituti specializzati.

Il/La sottoscritt\_\_\_ si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di  
fattoe di diritto, da cui consegue la perdita beneficio di cui all'art. 33 L. 104/92.

Si allega:

\_\_\_\_\_  
Aversa, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

<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.).