ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
RAPISARDI - GARIBALDI
Via Caltanissetta n° 27 - 90141 PALERMO
- CF. : 80022700829 – ☎ 091/6260510 –
Email : paic8ap007@istruzione.it; Pec: paic8ap007@pec.istruzione.it
Sito web: http://www.icrapisardi-garibaldipalermo.edu.it/

A tutto il personale: Docente e ATA – Sede e Plessi
Al DSGA
Al sito web dell'Istituto

I.C.S.-"M.RAPISARDI-G.GARIBALDI"-istsc-paic8ap007-RAPGAR15-RGP
Prot. 0006466 del 03/09/2026
VII-4 (Uscita)

Oggetto: Indicazioni operative e modalità di fruizione dei permessi ex art. 33, Legge n. 104/1992 – Anno Scolastico 2026/2027.

Al fine di garantire il diritto all'assistenza dei familiari con disabilità grave e, contemporaneamente, assicurare la continuità didattica e il regolare funzionamento dei servizi amministrativi, tecnici e generali della scuola, si forniscono le istruzioni operative per la fruizione dei permessi in oggetto.

1. Requisiti e Quadro Normativo

Hanno diritto a fruire dei permessi previsti dall'art. 33 della Legge 104/92:

- Il personale **Docente o ATA con disabilità in situazione di gravità** (art. 33, comma 6).
- Il personale **Docente o ATA che assiste un familiare** (coniuge, parte dell'unione civile, convivente di fatto, parente o affine entro il 2° grado, o 3° grado a determinate condizioni normative) con handicap in situazione di gravità (art. 33, comma 3).

Si ricorda che la normativa vigente ha **eliminato la figura del "referente unico"**. Più dipendenti possono essere autorizzati a fruire dei permessi per l'assistenza allo stesso soggetto con disabilità grave, fermo restando il limite complessivo di **3 giorni mensili** alternati tra loro.

2. Modalità di Presentazione della Domanda di Riconoscimento

Il personale che intende avvalersi dei permessi per la prima volta presso questo Istituto, o in caso di variazioni, deve presentare formale istanza alla Dirigenza allegando:

- **Copia del verbale della Commissione Medica** integrata INPS (art. 3, comma 3).
- **Dichiarazione sostitutiva di certificazione** (autocertificazione) attestante il grado di parentela e la permanenza delle condizioni di disabilità del familiare.
- **Copia del provvedimento di autorizzazione INPS** (laddove previsto per il personale a tempo determinato).

Qualsiasi variazione delle condizioni dichiarate (es. decesso, revoca dell'handicap, ricovero a tempo pieno in istituto specializzato) deve essere comunicata per iscritto alla scuola entro 3 giorni.

3. Programmazione Mensile dei Permessi

In conformità con i CCNL del comparto Istruzione e Ricerca e con gli orientamenti della Funzione Pubblica, per consentire la tempestiva nomina dei supplenti o la riorganizzazione del servizio da parte del DSGA/Collaboratori del DS:

- Il personale è tenuto a presentare una **programmazione mensile dei permessi** entro il **giorno 25 del mese precedente** a quello di fruizione, utilizzando l'apposita modulistica.

- Nei casi di **urgente e improrogabile necessità**, la comunicazione della fruizione del permesso potrà essere effettuata nelle 24 ore precedenti e comunque non oltre l'inizio dell'orario di lavoro del giorno in cui il dipendente intende assentarsi.

4. Fruizione Oraria (Alternativa ai Giorni Interi)

Il personale può scegliere di fruire dei permessi in modalità oraria. In base al CCNL, i massimali orari sono:

- **Personale ATA:** Il limite è di **18 ore mensili**.
- **Personale Docente:** La fruizione oraria deve comunque salvaguardare l'unità della lezione/ora di insegnamento e non frammentare l'attività didattica della classe.

Si ringrazia per la consueta e fattiva collaborazione.

Il Dirigente Scolastico
Prof. Attilio GRISAFI

ATTILIO GRISAFI
03.09.2026 19:08:28 CEST

ALLEGATO 1: MODULO DI RICHIESTA E PROGRAMMAZIONE PERMESSI LEGGE 104/92

Al Dirigente Scolastico dell'I.C./I.I.S. _____
Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il //_____
In servizio presso questo Istituto in qualità di docente / personale ATA
Con contratto a tempo: [ ] Determinato [ ] Indeterminato
Plesso/Sede di servizio: _____

CHIEDE

di poter fruire dei permessi retribuiti ex art. 33, comma 3, della Legge 104/92, per il mese di **_____ anno _____** secondo il seguente calendario programmatico:

- **[ ] Permessi Giornalieri (Massimo 3 giorni al mese):**
  - Giorno //_____
  - Giorno //_____
  - Giorno //_____
- **[ ] Permessi Orari (Solo personale ATA - Massimo 18 ore al mese):**
  - Giorno //_____ dalle ore _____ alle ore _____ (totale ore: ____)
  - Giorno //_____ dalle ore _____ alle ore _____ (totale ore: ____)
  - Giorno //_____ dalle ore _____ alle ore _____ (totale ore: ____)

A TAL FINE DICHIARA

(ai sensi del D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità)

- **[ ]** Di fruire dei permessi per **sé stesso**, essendo in possesso del riconoscimento di handicap in situazione di gravità.
- **[ ]** Di fruire dei permessi per **assistere il proprio familiare**:
  Nome e Cognome:
  _____
  Grado di parentela/affinità:
  _____
- Che il soggetto con disabilità grave **non è ricoverato a tempo pieno** presso istituti sanitari o assistenziali.
- Di essere a conoscenza che l'omessa o tardiva comunicazione della variazione delle situazioni di fatto e di diritto dichiarate comporta la revoca del beneficio e il recupero delle ore/giorni fruiti illegittimamente.

Data _____
Firma del Dipendente _____