

Prot. n. _____

Avellino, _____

Al Dirigente Scolastico
Dell'ISIS "F. De Sanctis" - Avellino-
Amatucci - Avella"
Avellino

Il sottoscritto/a _____,
Cognome e nome _____, _____
qualifica _____

in servizio presso codesto/questo Istituto nel corrente A.S. con contratto a tempo _____
Indeterminato/determinato

Chiede alla S.V. di poter usufruire per il periodo:

dal _____ al _____ di complessivi n. _____ giorni di:

FERIE (ai sensi dell'art.13 del C.C.N.L. 2006/2009) _____ a.s. precedente _____ a.s. corrente

FESTIVITA' SOPPRESSE (previste dalla legge 23/12/1977, n. 937)

RECUPERO COMPENSATIVO

☐ PERMESSO <u>retribuito</u> non retribuito	{	☐ partecipazione a concorso/esame (gg. 8 all'anno)
		☐ lutto familiare (gg. 3 ad evento)
		☐ Ferie durante att.tà did. (art.19) (gg. 6 all'anno)
		☐ motivi personali/familiari (gg. 3 all'anno)
		☐ Matrimonio (gg. 15 all'anno)
		☐ Altro (specificare)
☐ MATERNITA'	{	☐ Interdizione per gravi complicanze della gestazione
		☐ Astensione obbligatoria
		☐ Astensione facoltativa (ex Legge 1204/71) legge 53/00, comma 1°
		☐ Astensione facoltativa (ex Legge 1204/71) legge 53/00, comma 2°
☐ MALATTIA (ai sensi dell'art.17 del C.C.N.L. 2006/2009)		
		visita specialistica ricovero ospedaliero analisi cliniche day-hospital

MALATTIA FIGLIO _____

☐ ASPETTATIVA per motivi di famiglia/studio

☐ PERMESSO LEGGE 104 - giorni già goduti nel mese : 1 - 2 - 3

ALTRO _____

Durante il periodo di assenza il sottoscritto sarà domiciliato in _____
Via _____ n° _____ tel _____

Allega la seguente documentazione: _____

Avellino, _____

firma del dipendente

Vista la domanda si concede non si concede

ANNOTAZIONI DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

Si concede/non si concede

Il Dirigente Scolastico

OGGETTO: Richiesta permessi di cui all'art.33 della Legge104/1992 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a
nato/a il....., in qualità
di..... con contratto a tempo determinato/indeterminato
in servizio pressocon completamento presso
.....

CHIEDE

di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992.

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia, dichiara che:

- necessita delle agevolazioni per le esigenze legate alla propria situazione di disabilità;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni. (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità);
- 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 per l'effettiva tutela dei disabili.

Allega:

- copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L. 104/1992
integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D. L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009
attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992;
- certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto richiedente, se, trascorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) e 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica (verbale da presentare non appena possibile).
- Avellino.....

VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

Firma del dipendente

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
Istituto Superiore
De Sanctis - D'Agostino - Amalucci

DI AVELLINO

DOMANDA DI PERMESSI PER ASSISTENZA AD UN FAMILIARE DISABILE

(LEGGE 104/1992 ART. 3 COMMA 3)

COGNOME E NOME

LUOGO E DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

COMUNE DI RESIDENZA

INDIRIZZO

DIREZIONE O STRUTTURA DI APPARTENENZA

chiede di fruire dei permessi previsti dall'art. 3 comma 3 della legge 104/1992, per poter assistere

il sig/ra _____ nato/a ad _____

il _____ e residente a _____ C/F: _____ con il/la quale c'è nella seguente

relazione di parentela: _____

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia, dichiara che:

- nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- l'altro genitore:
 Sig./raC.F.....
 non dipendente / dipendente presso.....
 beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave
 alternativamente al sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni
 complessivi tra i due genitori;
- il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela /affinità di 3° grado:
 - non è coniugato;
 - è vedovo/a;
 - è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
 - è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;
 - è stato coniugato ma il coniuge è deceduto;
 - è separato legalmente o divorziato;
 - è coniugato ma in situazione di abbandono;
 - ha uno o entrambi i genitori deceduti,
 - ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
 - ha uno o entrambi genitori affetti da patologia invalidante;
- è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- 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 per l'effettiva tutela dei disabili;
- il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno, con le eccezioni previste al punto 3 della circolare del 3 dicembre 2010 n. 155;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno)

Si allega:

- copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza.
- certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, se, trascorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) o 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica (verbale da presentare non appena disponibile)
- dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave - ovvero del suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina) - nella quale viene indicato il familiare che debba prestare l'assistenza prevista dai termini di legge.
- nei casi previsti, documentazione sanitaria attestante patologia invalidante rilasciata dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico.
- nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.

Data.....

Firma del dipendente

ALLEGATO C

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
-DPR.28 DICEMBRE 2000 N.445 ART.46- 47

Il/La sottoscritto/a (cognome).....(nome).....
nato/a aprov.....il.....
residente in.....via.....n°.....
c.a.p.....cod.fisc.....

DICHIARA:

- ☐ di provvedere all'assistenza (art.33 comma 3 L.104/92)
del sig./sig.ra nato/a
dichiarato in situazione di disabilità grave.
- ☐ che esiste grado di parentela/affinità con la persona da assistere art.33 comma 3 L.104/92 entro il terzo
grado (specificare).....
- a) ☐ che genitori
o il coniuge della persona con handicap grave hanno
compiuto 65 anni di età;
- b) ☐ che genitori
o il coniuge della persona con handicap grave sono affetti
da patologie invalidanti a carattere permanente rientranti nell'elenco di cui al Decreto Interministeriale
n.278 del 21.07.2000, come risulta dalla documentazione che si allega alla presente;
- c) ☐ che genitori
o il coniuge della persona con handicap grave sono
deceduti
- d) ☐ che genitori
o il coniuge della persona con handicap grave sono
mancanti come risulta dalla documentazione che si allega alla presente;

ALLEGA: la documentazione sanitaria/giudiziarla/altra pubblica autorità che attesti la ricorrenza delle notizie e delle
situazioni necessarie come requisito per l'accesso ai benefici in caso di parentela o affinità di terzo grado.

IL DICHIARANTE

AVVERTENZA: le amministrazioni procedenti sono tenute ad effettuare idonei controlli, anche a campione, ed in tutti i casi in cui sorgano fondati dubbi sulla
veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti con il provvedimento emanato sulla base della
dichiarazione non veritiera (art. 75 e 76 DPR 28-12-2000 n. 445), con l'applicazione delle sanzioni previste dall'art. 483 del C.P. "Falsità ideologica commessa
dal privato in atto pubblico" (che prevede la sanzione della reclusione fino a due anni).

Il/la sottoscritto/a, con la presente, autorizza il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione, nell'ambito e per i fini istituzionali della
Pubblica Amministrazione (D. Lgs. n. 196/03)

IL DICHIARANTE

DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE
(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)

Il/la sottoscritt..... nato/a a
..... ilresidente in.....
prov..... via/piazza..... cap.....
consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28
dicembre 2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

dichiara:

- o di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl di.....il.....;
- o di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- o di non essere ricoverato a tempo pieno;
- o di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992 per se stesso;
- o di non prestare attività lavorativa;
- o di essere parente digrado del richiedente in quanto.....;
- o di voler essere assistito soltanto dal Sig./ra.....nato a
.....il.....CF.....e residente a

Si allega copia del documento di riconoscimento n.....rilasciato
da.....il.....

Firma

Luogo e data.....

Richiesta Permessi art. 33. Legge 104/1992. Cronoprogramma mensile¹

 1 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;

☐ dall'art. 33, comma 3, della Legge 104/92, per se 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, comma 1, 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, genitori anche adottivi, di figlio con handicap in situazione di gravità;

A tal fine presenta il seguente cronoprogramma per il mese di _____:

Giorno _____	_____ / _____ / _____
Giorno _____	_____ / _____ / _____
Giorno _____	_____ / _____ / _____

_____, _____ Firma del dipendente _____

VISTO
IL DIRIGENTE SCOLASTICO

¹ Da presentare entro il 30 del mese precedente la fruizione. Nel caso di improvvise ed improcrastinabili esigenze di tutela, con dichiarazione scritta sotto la propria responsabilità, il lavoratore ha facoltà di variare la giornata di permesso già programmata (rivedibile in *dimostrate situazioni di emergenza*) e di chiedere con congruo anticipo di almeno 3 giorni la fruizione di un'altra giornata di permesso in sua sostituzione, al fine di «evitare la compromissione del funzionamento dell'organizzazione».

Al Dirigente Scolastico

I.S.I.S. "F. De Sanctis – O. D'Agostino-Amatucci-Avella"

AVELLINO

SEDE

OGGETTO: Richiesta autorizzazione all'esercizio della libera professione a.s. 2026.2027

____ I ____ sottoscritt _____

Nat ____ a _____ il _____

Residente a _____ via _____ n° _____

Insegnante a Tempo determinato/Indeterminato ,Classe di concorso _____

Presso questo Istituto

CHIEDE

Alla S.V. l'autorizzazione all'esercizio della libera professione di

Ai sensi dell'art. 53 del D. Lg.vo n° 165/2001 e dell'art.508 del D. Lgs.vo n° 297/1994.

A tal fine dichiara che tale impegno non sarà in alcun modo d'intralcio al regolare svolgimento della funzione docente e alle altre attività collaterali.

Dichiara inoltre di aver preso visione di quanto riportato nell'Allegato A "Chiarimenti ed indicazioni normative".

____ li, _____

Firma _____

Al Dirigente Scolastico
Istituto Superiore
De Sanctis - D'Agostino - Amatucci
Avellino

Oggetto: Conferma richiesta fruizione permessi di cui alla Legge 104/92

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. (____) il _____, in servizio
presso codesta Istituzione scolastica in qualità di _____
avendo inoltrato nell'anno scolastico ____ / ____ presso codesto istituto tutta la documentazione
relativa al beneficio della fruizione dei permessi di cui alla Legge n. 104/92 e successive modifiche
ed integrazioni, consapevole che la fruizione del diritto può essere riconosciuta, per l'assistenza alla
stessa persona con handicap in situazione di gravità, ad un solo lavoratore dipendente

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate
dall'art. 76 del DPR 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici
eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di
cui all'art. 75 del DPR 445/2000, che le condizioni che hanno dato atto alla concessione dei benefici
non sono cambiate, e pertanto ha diritto a fruire dei permessi in esame anche nel corrente
a.s. /

Avellino, _____

firma _____

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

Data ricezione: _____

prot. _____ FP

OGGETTO: DOMANDA PER USUFRUIRE DI CONGEDO PARENTALE

I sottoscritt _____ nat a _____
 _____ il _____ in servizio presso
 codesta Scuola/Istituto in qualità di _____
 essendo madre/padre del bambino _____ nato il
 _____ comunico che intendo assentarmi dal lavoro per congedo parentale, ai sensi
 del D.L. 80/2015 (0-6 anni del _____ figli), per il periodo dal _____ al

 (totale gg. _____)

A tal fine dichiaro:

- che l'altro genitore _____ nato a _____
 il _____
 non è lavoratore dipendente;
 è lavoratore dipendente da _____

che quindi il congedo parentale fino ad oggi fruito da entrambi noi genitori (o da me solo sottoscritt _____, quale unico affidatario del minore) è relativo ai seguenti periodi:

Genitore (Padre o Madre)	dal	al	TOTALE PADRE		TOTALE MADRE	
			Mesi	Giorni	Mesi	Giorni
TOTALE PERIODI FRUITI DAL PADRE						
TOTALE PERIODI FRUITI DALLA MADRE						

Data _____

Firma _____

Recapito: _____

MODELLO DI CONGEDO PER MALATTIA DEL BAMBINO

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Io sottoscritto....., nato/a a
il in servizio presso codest..... in qualità
di....., comunico che intendo assentarmi dal
lavoro per malattia del bambino, ai sensi dell'art. 7 della legge 30/12/1971 n. 1204,
come modificato dall'art.3 della legge n. 53 dell'8 marzo 2000, quale genitore di
.....nato ilper il periodo dal
..... al(totale giorni), come da certificato di malattia
rilasciato da.....

A tal fine dichiaro, ai sensi dell'art. 4 della legge 04/01/1968 n. 15, che l'altro genitore..... nato a il, nello stesso periodo non è in astensione dal lavoro per lo stesso motivo, perché (*):

- ☐ non è lavoratore dipendente;
- ☐ pur essendo lavoratore dipendente da (indicare con esattezza il datore di lavoro dell'altro genitore e l'indirizzo della sede di servizio).....
....., non intende usufruire dell'assenza dal lavoro per il motivo suddetto.

~~Potenza~~

Firma

(Conferma dell'altro genitore)

Io sottoscritto,....., ai sensi dell'art.4
della legge n. 15/1968, confermo la suddetta dichiarazione del
Sig.....

....., li.....

Firma

(*) barrare con una crocetta quella delle due opzioni che interessa

DOMANDA PER CONGEDO STRAORDINARIO PER ASSISTERE
IL DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA'

(art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001, come modificato dal dlgs
119/2011)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

OGGETTO: Richiesta congedo biennale per assistenza persona in situazione di handicap

IL/LA SOTTOSCRITTA _____ NATO IL _____

A _____ C.F. _____ RESIDENTE IN

VIA _____ N. _____ in servizio presso questa istituzione in qualità di

CHIEDE

Ai sensi dell' art.42 , comma 5 del decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151 , di poter fruire di un
congedo straordinario retribuito dal _____ al _____
per assistere il sig./ra

nato/a _____ prov. _____ il _____

C.F. _____ residente a _____

in Via _____, in situazione di disabilità grave riconosciuta ai sensi
dell' art. 3 comma 3, della legge 104 del 05 febbraio 1992;

con il/la quale è nella seguente relazione di parentela : _____

A tal fine, consapevole ai sensi dell'art.76-comma 2-D.P.R. n°445/2000 delle responsabilità
amministrative civili e penali previste per dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le
prestazioni richieste,

DICHIARA

- di essere convivente con il disabile;
- che il disabile da assistere è stato riconosciuto in condizioni di disabilità grave ai sensi dell'art.3 comma 3, della legge 104/1992;
- che nessun altro familiare fruisce del congedo straordinario retribuito per assistere il medesimo soggetto;
- di aver già fruito di periodi di congedo straordinario retribuito per lo stesso soggetto per numero di mesi: gg. _____ dal _____ al _____
- numero di mesi: gg. _____ dal _____ al _____
- di aver già fruito nell'arco della propria vita lavorativa, per assistere altri familiari disabili di periodi di congedo straordinario retribuito per un numero di giorni, pari a _____
- che il genitore in situazione di disabilità grave non ha altri figli conviventi;
- che il coniuge del soggetto da assistere è mancante, deceduto o affetto da patologie invalidanti;
- che il soggetto disabile non è ricoverato a tempo pieno;
- di impegnarsi a comunicare qualsiasi variazione di notizia a situazione dichiarata nel presente modulo, di essere altresì consapevole che l'amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni, potrà subire un procedimento e decadere da eventuali benefici ottenuti.

DATA

FIRMA

ALLEGATI:

- 1) VERBALE LEGGE 104/1992
- 2) COPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO ISTANTE
- 3) COPIA DI RICONOSCIMENTO DEL DISABILE

Al Dirigente Scolastico
Istituto....

Oggetto: *Richiesta di aspettativa non retribuita (art. 18 comma 1 CCNL 29/11/2007)*

Il / la sottoscritt _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ in via _____
docente con contratto a tempo determinato in servizio presso questo Istituto

CHIEDE

ai sensi dell'art. 18 comma 1 CCNL 29/11/2007, di poter usufruire di un periodo di aspettativa
senza retribuzione

dal _____ al _____

per il seguente motivo _____

Distinti saluti.

Luogo e data

Firma _____

I.S.I.S. DE SANCTIS - D'AGOSTINO - AMATUCCI



ISTITUTO TECNICO AGRARIO "Francesco De Sanctis" Avellino

Scuola Enologica 1879 - CONVITTO annesso - Cantina e Azienda p. IVA 01529600643 - sede ITA Domicella - corso serale agraria

ISTITUTO TECNICO per GEOMETRI "Oscar D'Agostino" - Via G. Marconi Avellino

Sedi geometra associate: Casa Circondariale "Antimo Graziano" - AV - corso serale geometra

ISTITUTO PROFESSIONALE "Alfredo Amatucci" - Viale Italia 18 Avellino

Corsi di MECCANICA - SOCIOSANITARI - COMMERCIALE - MODA - ODONTOTECNICO - OTTICO

Sede commerciale AVELLA - Via Pompeo Barba

Uffici amministrativi: Via Tuoro Cappuccini 44 - 83100 AVELLINO

Centralino 0825-1687955 - PEC: avis028006@pec.istruzione.it - PEO: AVIS028006@istruzione.it - cod. mecc. AVIS028006 - C.F. 80000030645

Prot. n. _____

Modello di documentazione rilasciato ai sensi del Decreto del 14 aprile 2016, n. 111 del Ministero dei Beni e delle Attività Culturali e del Turismo - Regolamento recante modifiche al Decreto 11 dicembre 1997, n. 507, concernente le norme per l'istituzione del biglietto di ingresso ai monumenti, musei, gallerie, scavi, parchi e giardini monumentali (G.U. n. 145 del 23.6.2016)

La Sig./ra _____ nato/a a _____

Docente con contratto a :

- Indeterminato

- Determinato dal _____ al _____

presso questa Istituzione Scolastica.

Il/la Sig. _____ docente C.I.C. _____ ha diritto, secondo le disposizioni sopra indicate, all'accesso gratuito ai musei e ai siti di interesse archeologico, storico e culturale dello Stato.

il dirigente scolastico
ing. Pietro Caterini