ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
VINCI E CAPRAIA E LIMITE
Via dei Caduti sul Lavoro n. 2/4 – 50059 VINCI (FI)
Tel. 0571/568138 - Codice Fiscale 82004510481
Codice Meccanografico FIIC868003
fiic868003@istruzione.it - fiic868003@pec.istruzione.it
www.icvinci.edu.it

Circ. n. 77 del 26/10/2026

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI VINCI-VINCI
Prot. 0019953 del 26/10/2026
VII (Uscita)

Al personale docente e A.T.A.
Al D.S.G.A.
Al sito web – Agli atti

OGGETTO: Fruizione benefici Legge 104/1992 – a.s. 2026/2027

Al fine di rendere compatibili la fruizione dei permessi retribuiti mensili e degli altri benefici previsti dagli artt. 21 e 33 della Legge n. 104/1992 con le esigenze organizzative e didattiche dell'Istituto, si forniscono le seguenti indicazioni.

1. Conferma dell'istanza presentata negli anni precedenti

Il personale già autorizzato negli anni scolastici precedenti presenta un'autocertificazione sulla permanenza delle condizioni che danno diritto ai benefici, utilizzando l'**Allegato 1**. La conferma è possibile solo se le condizioni non sono cambiate; in caso contrario va presentata una nuova istanza.

2. Prima istanza

Il personale che chiede i benefici per la *prima volta* e tutto il *personale in ingresso* nell'a.s. 2026/2027 presenta la prima istanza (**Allegato 2**), corredata della documentazione richiesta.

3. Programmazione mensile

Per ragioni organizzative, il personale interessato presenterà ogni mese, con l'**Allegato 3**, il calendario dei giorni in cui intende fruire dei permessi.

In corso d'anno il calendario va inviato **entro il 25 del mese precedente** a quello di fruizione. Chi in un determinato mese non intende utilizzare i permessi non deve presentare alcuna comunicazione.

La richiesta di programmazione è prevista dalla Circ. Funzione Pubblica n. 13/2010 e dalla Circ. INPS n. 155/2010 ed è stata riconosciuta legittima dal Ministero del Lavoro (Interpelli n. 31/2010 e n. 1/2012), purché non comprometta il diritto della persona con disabilità a un'assistenza effettiva.

Il calendario potrà essere modificato in base alle necessità della persona assistita, dandone comunicazione appena possibile e comunque prima dell'inizio dell'orario di servizio.

Il personale A.T.A. può fruire dei permessi anche a ore, nel limite di 18 ore mensili (art. 68 CCNL Istruzione e ricerca 18/01/2024), indicando nel calendario le fasce orarie. Per i docenti i permessi si fruiscono a giornata intera, possibilmente in giorni non ricorrenti.

Dal 1° gennaio 2026 la Legge n. 106/2025 riconosce 10 ore annue di permesso retribuito aggiuntivo per visite, esami e cure a chi è affetto da malattie oncologiche o croniche/invalidanti con invalidità almeno del 74%, e ai genitori di figli minori in tali condizioni. Si tratta di un permesso distinto da quelli della Legge 104.

5. Congedo straordinario (art. 42, c. 5, D.Lgs. n. 151/2001)

Anche il congedo straordinario retribuito, fino a 2 anni nell'arco della vita lavorativa, è stato modificato dal D.Lgs. n. 105/2022. Può essere richiesto, secondo il seguente ordine di priorità:

a) coniuge convivente, parte dell'unione civile convivente o convivente di fatto della persona con disabilità grave;
b) in mancanza, decesso o patologie invalidanti dei precedenti: padre o madre, anche adottivi o affidatari;
c) in mancanza dei precedenti: uno dei figli conviventi;
d) in mancanza dei precedenti: uno dei fratelli o sorelle conviventi;
e) in mancanza dei precedenti: un parente o affine entro il 3° grado convivente.

Il congedo spetta anche se la convivenza è instaurata dopo la richiesta, purché sia attiva all'inizio del congedo e duri per tutto il periodo di fruizione. Poiché l'Amministrazione ha 30 giorni di tempo per concederlo, la domanda va presentata con congruo anticipo.

4. Modalità e termini di presentazione

Le richieste di conferma e di riconoscimento dei benefici, se non già depositate presso la Segreteria del personale, vanno inviate all'indirizzo e-mail **FIIC868003@istruzione.it** entro il **16/11/2026**.

La documentazione sanitaria è trattata in modo riservato dall'Ufficio del personale, nel rispetto del Regolamento UE 2016/679.

Allegati: 1 – Conferma della permanenza dei requisiti; 2 – Prima istanza; 3 – Programmazione mensile.

Il dirigente scolastico
Prof.ssa Francesca Polidori
Documento firmato digitalmente ai sensi del D.lgs.7 marzo 2005, n. 82 e successive modificazioni

FRANCESCA POLIDORI
26.10.2026 14:13:22 CET

ALLEGATO 1

Al Dirigente Scolastico

Oggetto: Autocertificazione della *permanenza* dei requisiti – benefici artt. 21 e 33 Legge n. 104/1992 – a.s. 2026/2027

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il ____/____/_____, in servizio presso questo Istituto in qualità di _____ a tempo: ☐ indeterminato ☐ determinato, con eventuale completamento presso _____,

già autorizzato/a negli anni scolastici precedenti a fruire dei benefici della Legge n. 104/1992 (☐ art. 21 ☐ art. 33, c. 3 ☐ art. 33, c. 6), consapevole delle sanzioni previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le dichiarazioni false,

DICHIARA

☐ che la situazione propria / della persona assistita Sig./Sig.ra _____ non ha subito variazioni e permangono i requisiti per fruire dei permessi;

☐ che nessun altro lavoratore fruisce dei permessi per la stessa persona;

☐ *oppure* che fruiscono dei permessi per la stessa persona, in alternativa e nel limite complessivo di 3 giorni mensili, anche:

Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ il ____/____/_____, rapporto con l'assistito _____, datore di lavoro _____;

Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ il ____/____/_____, rapporto con l'assistito _____, datore di lavoro _____;

Si impegna a comunicare entro 30 giorni ogni variazione.

Luogo e data _____, ____/____/_____

Firma del dipendente

_____

ALLEGATO 2

Al Dirigente Scolastico

Oggetto: *Prima istanza* di riconoscimento dei benefici artt. 21 e 33 Legge n. 104/1992 – a.s. 2026/2027

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il ____/____/_____, in servizio presso questo Istituto in qualità di _____ a tempo: ☐ indeterminato ☐ determinato, con eventuale completamento presso _____,

CHIEDE

il riconoscimento dei benefici previsti:

☐ dall'art. 33, c. 3 – per assistere il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ il ____/____/_____, C.F. _____, residente a _____ in via _____ n. ____, rapporto di parentela/affinità: _____ (grado ____);

☐ dall'art. 33, c. 6 – per sé stesso/a, in quanto lavoratore/lavoratrice con disabilità grave;

☐ dall'art. 21 – precedenza nella scelta della sede, in quanto persona con invalidità superiore ai due terzi o con minorazione ascritta alle categorie previste dalla norma;

☐ dall'art. 33, c. 2, e art. 42, D.Lgs. n. 151/2001 – in quanto genitore di figlio/a con disabilità grave di età inferiore a 3 anni.

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni previste dagli artt. 75 e 76,

DICHIARA

☐ che la persona da assistere non è ricoverata a tempo pieno (salvo le eccezioni previste dalla normativa);

☐ che nessun altro lavoratore fruisce dei permessi per la stessa persona;

☐ oppure che fruiscono dei permessi per la stessa persona, in alternativa e nel limite complessivo di 3 giorni mensili, anche:

Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ il ____/____/_____, rapporto con l'assistito _____, datore di lavoro _____;

Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ il ____/____/_____, rapporto con l'assistito _____, datore di lavoro _____;

☐ (solo per l'assistenza a parenti/affini di 3° grado) che i genitori o il coniuge della persona da assistere hanno compiuto 65 anni, sono affetti da patologie invalidanti, sono deceduti o mancanti;

e di essere a conoscenza che:

– il totale dei permessi per la stessa persona non può superare 3 giorni al mese, anche se i beneficiari sono più d'uno;

– ogni variazione (revisione del verbale, ricovero a tempo pieno, decesso) va comunicata entro 30 giorni;

– se la disabilità grave non viene riconosciuta (verbale provvisorio o patologia oncologica in attesa di verbale), i permessi già fruiti saranno convertiti in altro tipo di assenza.

Allega:

☐ verbale della Commissione medica (art. 4, L. 104/1992) che attesta la disabilità grave (art. 3, c. 3), oppure, per patologia oncologica e dopo 15 giorni dalla domanda senza verbale, certificato del medico specialista;

☐ dichiarazione della persona assistita che indica il familiare che presta assistenza, o del tutore/amministratore di sostegno con copia del decreto di nomina;

☐ nei casi previsti, documentazione sanitaria sulla patologia invalidante dei genitori/coniuge dell'assistito;

☐ copia di un documento di identità.

Luogo e data _____, ____/____/_____

Firma del dipendente

_____

Prot. n. _____ del _____	☐ **Si autorizza** ☐ **Non si autoriza**
	Il dirigente scolastico **Francesca Polidori**

ALLEGATO 3

Al Dirigente Scolastico

Oggetto: *Programmazione mensile* dei permessi art. 33, Legge n. 104/1992 – calendario

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio in qualità di ☐ docente ☐ A.T.A. (profilo _____), autorizzato/a ai permessi art. 33, ☐ c. 3 ☐ c. 6 ☐ c. 2,

COMUNICA

la seguente programmazione per il mese di _____ 20____, con modalità:

☐ giornaliera (fino a 3 giorni)

☐ oraria – solo personale A.T.A. (fino a 18 ore mensili)

☐ oraria – solo personale docente (fino a 10 ore annue)

Data	Giornata intera	Dalle ore	Alle ore	N. ore
___/___/_____	☐			
___/___/_____	☐			
___/___/_____	☐			
___/___/_____	☐			
___/___/_____	☐			

Totale del mese: giorni _____ ore _____

In caso di più beneficiari per la stessa persona, dichiara che il limite complessivo di 3 giorni mensili è rispettato e che gli altri beneficiari utilizzeranno i giorni: _____.

Luogo e data _____, ____/____/_____

Firma del dipendente

_____

ALLEGATO 4

Al Dirigente Scolastico

Oggetto: Dichiarazione della persona assistita – art. 33, Legge n. 104/1992

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il ____/____/_____, C.F. _____, residente a _____ in via _____ n. ____, consapevole delle sanzioni previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le dichiarazioni false,

DICHIARA

☐ di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione ASL di _____ del ____/____/_____;

☐ di essere in attesa dell'accertamento della disabilità grave;

☐ di non essere ricoverato/a a tempo pieno;

☐ di svolgere attività lavorativa / ☐ di non svolgere attività lavorativa;

☐ di voler essere assistito/a da: Sig./Sig.ra _____ (rapporto: _____)

☐ e, in alternativa, anche da:

Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ il ____/____/_____, rapporto con l'assistito _____, datore di lavoro _____;

Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ il ____/____/_____, rapporto con l'assistito _____, datore di lavoro _____;

Allega copia del documento di identità n. _____ rilasciato da _____ il ____/____/_____.

Luogo e data _____, ____/____/_____

Firma della persona assistita (o del tutore/amministratore di sostegno)

_____