

**Scheda Rilevazione legge 104 - Anno 2020**  
**Amministrazione: ITIS MAJORANA SOMMA VESUVIANA (NAPOLI)**

**PARTE PRIMA: Dati anagrafici**

1. Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_
2. Sesso:  Maschio  Femmina
3. Data di Nascita: \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_
4. Luogo di nascita:
  - Nazione: \_\_\_\_\_
  - Provincia: \_\_\_\_\_
  - Comune: \_\_\_\_\_
5. Residenza: Provincia: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_

**PARTE SECONDA: Dati contrattuali**

1. Livello di inquadramento:

- Dirigente Prima Fascia
- Dirigente Seconda Fascia
- Qualifica Unica Dirigente
- Non Dirigenziale

2. Data presa in servizio: \_\_\_\_\_

3. Durata:

- A tempo indeterminato  A tempo determinato

4. Tipologia di contratto:

- A tempo pieno  Part-time

4.1 Se Part-time indicare

Tipo:  Orizzontale  Verticale  Misto

Percentuale: \_\_\_\_\_%

**PARTE TERZA: Dati sulla Legge 104/92**

1. Permessi usufruiti per:

- Lavoratore disabile che fruisce permessi per se stesso

Tipo di disabilità:  Non Rivedibile  Rivedibile Anno Revisione \_\_\_\_\_

- Lavoratore che fruisce permessi per assistere persona disabile

*(compilare per ciascuna persona disabile per cui si usufruisce delle agevolazioni previste dalla legge 104/92 e s.m.i. la scheda informativa persona assistita allegata di seguito)*

#### **PARTE QUARTA: Permessi fruiti in base alla L. n.104**

1. Permessi fruiti in base alla l.n. 104/1992 a titolo personale  
(*elencare solo se le agevolazioni sono relative a lavoratore disabile che fruisce permessi per se stesso*)

**Mese**            **Giornate di permesso (gg)**    **Ore permesso (hh)**

Gennaio

Febbraio

Marzo

Aprile

Maggio

Giugno

Luglio

Agosto

Settembre

Ottobre

Novembre

Dicembre

#### **PARTE QUINTA: Agevolazioni ottenute**

1. Se lavoratore disabile che fruisce permessi per se stesso, ha usufruito dell'avvicinamento alla sede di lavoro più vicina al proprio domicilio ?

No

Sì, in quale anno: \_\_\_\_\_

2. Se lavoratore disabile che fruisce permessi per assistere persona/e disabile ha usufruito dell'avvicinamento alla sede di lavoro più vicina al domicilio della persona assistita?

No

Sì, in quale anno: \_\_\_\_\_

3. Il rapporto di lavoro è stato trasformato in regime part-time nel corso del 2010 ?

No

Sì

se si indicare la durata del part-time:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  In corso

tipo:  Orizzontale     Verticale     Misto

percentuale: \_\_\_\_\_

4. Il rapporto di lavoro è stato trasformato da part-time a tempo pieno nel corso del 2010 ?

No

Sì

se si indicare la durata del part-time:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

tipo:  Orizzontale     Verticale     Misto

percentuale: \_\_\_\_\_

### Scheda informativa persona assistita

- Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_
- Sesso:  Maschio  Femmina
- Luogo di nascita: \_\_\_\_\_
- Nazione: \_\_\_\_\_
- Provincia: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_
- Data di Nascita: \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_
- Residenza: Provincia: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_
- Tipo disabilità:  Non Rivedibile  Rivedibile Anno Revisione \_\_\_\_\_
- Parentela: \_\_\_\_\_

- Genitore  Coniuge  Figlio  Parente o affine fino al II Grado
- Parente o affine del III grado

motivazione ai sensi dell'art. 33, comma 3, l. n. 104 del 1992 e s.m.i.

- Coniuge della persona disabile con età superiore a 65 anni
- Genitori della persona disabile con età superiore a 65 anni
- Coniuge affetto da patologia invalidante
- Genitori affetti da patologia invalidante
- Coniuge deceduto o mancante
- Genitori deceduti o mancanti

- se l'assistito è un figlio indicare se:

- è minore di tre anni: SI  NO

- la fruizione è alternativa con: \_\_\_\_\_

- Genitore  Coniuge  Parente o affine fino al II Grado

- Parente o affine fino al III Grado

- motivazione ai sensi dell'art. 33, comma 3, l. n. 104 del 1992 e s.m.i.

- Coniuge della persona con handicap con età superiore a 65 anni
- Genitori della persona con handicap con età superiore a 65 anni
- Coniuge affetto da patologia invalidante
- Genitori affetti da patologia invalidante
- Coniuge deceduto o mancante
- Genitori deceduti o mancanti

- l'altro genitore o parente o affine è dipendente pubblico SI  NO

se si quale amministrazione: \_\_\_\_\_

- L'assistito è dipendente pubblico: SI  NO

se dipendente pubblico indicare:

tipo rapporto/contratto:  Tempo indeterminato  Tempo determinato

Amministrazione: \_\_\_\_\_

- Elencare i permessi usufruiti per assistere la persona disabile

**Mese**            **Giornate di permesso (gg)**    **Ore permesso (hh)**

Gennaio

Febbraio

Marzo

Aprile

Maggio

Giugno

Luglio

Agosto

Settembre

Ottobre

Novembre

Dicembre

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il giorno \_\_\_\_\_, docente /\_A.T.A.:Profilo\_\_\_\_\_ a tempo indeterminato\_/\_tempo  
determinato di Codesto Istituto, ai sensi del **D.P.R. 28.12.2000, n. 445** (Testo unico delle disposizioni  
legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa), consapevole delle  
responsabilità civili e penali cui va incontro in caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero, **dichiara  
sotto la propria responsabilità** che le notizie fornite, previa compilazione, nel presente modello  
**corrispondono al vero.**

**In fede**

\_\_\_\_\_  
**Il dipendente dichiarante**

**Somma Vesuviana,** \_\_\_\_\_