

Scheda Rilevazione legge 104 - Anno 2021
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

Si, 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

Si, in quale anno: _____

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

No

Si

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

Si

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, _____