



**Ministero dell'Istruzione e del Merito**  
**Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio**  
**ISS TEODOSIO ROSSI**

Liceo Scientifico – Liceo Linguistico – Liceo Artistico  
Istituto Tecnico Industriale – Istituto Professionale per l'Agricoltura a  
Via Montanino, snc - 04015 PRIVERNO ( LT) Tel 0773 911325  
C.F. 02000800595

Sito web. [www.isissteodosiorossi.edu.it](http://www.isissteodosiorossi.edu.it) E mail: [ltis00300C@istruzione.it](mailto:ltis00300C@istruzione.it)

**FUTURA**  
**LA SCUOLA**  
**PER L'ITALIA DI DOMANI**



**CIRCOLARE N.179 RETTIFICA–A.S. 2024/2025**

**Priverno, 01/02/2025**

**A tutto il personale docente ed ATA**

**Oggetto: Richiesta documentazione attestante il possesso dei benefici di cui alla legge n.104 del 5 febbraio 1992.**

A rettifica della circolare n. 179, si comunica che, **la richiesta della documentazione** attestante il possesso dei benefici, di cui alla legge n. 104/1992, è **destinata esclusivamente ai Dirigenti Scolastici** e non a tutto il personale della scuola.

La Dirigente Scolastica  
**ANNA MARIA BILANCIA**

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 comma 2 D. L.gs n.39 del 12/02/1993



*Ministero dell'istruzione e del merito*

Ufficio scolastico regionale per il Lazio  
Direzione generale – Ufficio V

Ai Dirigenti delle istituzioni scolastiche  
della Regione Lazio  
LORO SEDI

**Oggetto: Richiesta documentazione attestante il possesso dei benefici di cui alla legge n. 104 del 5 febbraio 1992.**

In considerazione della necessità di effettuare una ricognizione, da attuarsi con cadenza annuale, come indicato nella nota di questo USR prot. n. 6690 del 23 gennaio 2025, della documentazione attestante il diritto ad usufruire dei benefici di cui alla L. n. 104/1992, si invitano i Dirigenti scolastici interessati a trasmettere tutti gli atti e i documenti richiesti dalla normativa vigente, avendo cura di informare l'Ufficio di eventuali variazioni dalle quali consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni entro il termine massimo di giorni trenta dal loro verificarsi.

In particolare, nel caso di assistenza ad un familiare con disabilità, le SS.LL. dovranno presentare istanza, a mezzo del modulo allegato alla presente nota, corredata dai seguenti documenti:

- 1) verbale della Commissione medica da cui risulti la situazione di disabilità grave ex art. 3, comma 3, della 104/1992 del familiare da assistere;
- 2) dichiarazione sottoscritta dal familiare disabile contenente la manifestazione di volontà di volersi far assistere dal richiedente il permesso con allegata la copia di un valido documento di riconoscimento;
- 3) dichiarazione sostitutiva dalla quale risulti lo status di referente unico o di condivisione della fruizione dei permessi con altro familiare, per l'assistenza al familiare disabile;
- 4) dichiarazione, eventuale, degli altri familiari che fruiscono alternativamente dei giorni di permesso, con indicazione dettagliata e contatti del datore di lavoro di ciascuno;
- 5) dichiarazione sostitutiva dalla quale risulti che il familiare disabile non sia ricoverato a tempo pieno presso strutture ospedaliere o pubbliche o private che ne assicurino l'assistenza sanitaria.

Nel caso di istanza dei benefici di cui alla legge 104/1992 a titolo personale è sufficiente far pervenire, unitamente all'istanza, la sola copia del verbale della Commissione medica.

---

Via Frangipane, 41 - 00184 Roma - Tel. 06 7739.2525

Sito Web: <https://www.usrlazio.it> PEO: [drla.ufficio5@istruzione.it](mailto:drla.ufficio5@istruzione.it) PEC: [drla@postacert.istruzione.it](mailto:drla@postacert.istruzione.it)  
Codice Ipa: m\_pi - Codice AOO: AOODRLA - Codice Univoco per la Fatturazione Elettronica: 61X9E7 per la contabilità generale, KCZQBQ per quella ordinaria, C.F.: 97248840585



## *Ministero dell'istruzione e del merito*

Ufficio scolastico regionale per il Lazio  
Direzione generale – Ufficio V

Si rammenta che questo Ufficio procederà alla registrazione nei sistemi informativi per la rilevazione delle presenze della richiesta pervenuta e delle successive comunicazioni obbligatorie di fruizione dei permessi, che non necessitano di alcuna autorizzazione, riservandosi di comunicare all'interessato solo eventuali anomalie, mentre sarà competenza dell'istituzione scolastica ove il Dirigente scolastico presta servizio provvedere all'inserimento di tali permessi nella banca dati "Rilevazione permessi ex lege 104/1992" del sistema integrato PERLA PA.

Si invitano le SS.LL. a trasmettere la documentazione attestante il possesso dei benefici di cui alla L. 104/92, come sopra specificato, all'indirizzo di posta elettronica ordinaria [drla.ufficio5@istruzione.it](mailto:drla.ufficio5@istruzione.it) entro il 7 febbraio p.v.

Si ringrazia per la consueta e fattiva collaborazione.

IL DIRIGENTE  
Francesco Ruben Crivella



Francesco Ruben Crivella  
Ministero dell'istruzione e del  
merito 29.01.2025 12:44:42

MG/Maria Grassi  
Ufficio V – 0677392710  
[maria.grassi19@istruzione.it](mailto:maria.grassi19@istruzione.it)

---

Via Frangipane, 41 - 00184 Roma - Tel. 06 7739.2525

Sito Web: <https://www.usrlazio.it> PEO: [drla.ufficio5@istruzione.it](mailto:drla.ufficio5@istruzione.it) PEC: [drla@postacert.istruzione.it](mailto:drla@postacert.istruzione.it)  
Codice Ipa: m\_pi - Codice AOO: AOODRLA - Codice Univoco per la Fatturazione Elettronica: 6IX9E7 per la contabilità generale,  
KCZQBQ per quella ordinaria, C.F.: 97248840585

**OGGETTO: Richiesta benefici Legge 104/1992 art. 33, comma 3 (da allegare nello Sportello Digitale alla voce Domanda Benefici L. 104 annuale)**

Il/L\_sottoscritt \_\_\_\_\_

nat\_a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

qualifica: [ ] Docente [ ] Ata

contratto: [ ] tempo determinato [ ] tempo indeterminato

**CHIEDE**

[ ] di poter fruire dei **permessi personali** previsti dall'art. 33, comma 3, della legge 104/1992;

[ ] di poter fruire dei **permessi** previsti dall'art. 33, comma 3, L. 104/92 **per poter assistere:**

*Rapporto di parentela* \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Comune di nascita \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

*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:**

l'accertamento dell'handicap è:

[ ] IRRIVEDIBILE [ ] RIVEDIBILE il \_\_\_\_\_

il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata (eccezioni indicate al punto 5 della Circ. Min. Funzione Pubblica n. 13/2010);

**di essere il referente unico** quale punto di riferimento di tutta l'attività di assistenza al disabile e nessun' altro soggetto beneficia dei permessi per lo stessa persona in situazione di disabilità grave;

**di non essere il referente unico**, pertanto usufruirà dei permessi per l'attività di assistenza al disabile, alternativamente al seguente avente diritto :

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_ LUOGO NASCITA \_\_\_\_\_

In servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

Dichiara inoltre:

il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità:

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 invalidanti;

è stato coniugato ma il coniuge è deceduto, 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 i genitori affetti da patologia invalidante.

[ ] si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni;

*Si allega:*

- copia certificato ASL competente, attestante lo stato di "disabilità grave" in capo al soggetto che necessita di assistenza, ai sensi dell'art. 3, comma 3 - L. 104/92;
- dichiarazione dell'altra persona che beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave, alternativamente al sottoscritto/a, nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i beneficiari;
- fotocopia carta di identità e codice fiscale del familiare avente diritto;
- ulteriore documentazione a supporto delle dichiarazioni rese nella domanda (es. patologie invalidanti):

Data, \_\_\_\_\_

*FIRMA DEL RICHIEDENTE* \_\_\_\_\_

**Oggetto: Domanda per usufruire dei benefici previsti dalla legge 104/92 per lavoratori, coniugi, parenti o affini entro il 3° grado di portatore di handicap non lavoratore.**

\_\_l\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ in servizio presso  
l'Istituzione scolastica \_\_\_\_\_, residente in  
\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ C.A.P.  
\_\_\_\_\_, Tel. \_\_\_\_\_ e domiciliato in (da indicare se diverso dalla residenza)  
\_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, C.A.P. \_\_\_\_\_, Tel.  
\_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

di poter usufruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 3 della legge 104/92, consistenti in 3 giornate di permesso retribuito al mese:

- a titolo personale;
- per assistenza nei confronti del/della sig./ra \_\_\_\_\_, grado di parentela \_\_\_\_\_ affetto/a da handicap grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3, Legge 104/92.

### **PRODUCE**

a tal fine il relativo certificato medico rilasciato dalla ASL territorialmente competente.

Il campo sottostante dovrà essere compilato soltanto in caso di fruizione dei benefici di cui alla L. 104/1992 per assistenza ad un familiare disabile.

Il/la sottoscritto/a consapevole della responsabilità penale in caso di dichiarazioni mendaci

### **DICHIARA**

Sotto la propria responsabilità penale e civile, ai sensi delle disposizioni contenute nel D.P.R. n. 445 del 28.12.2000:

- che la persona assistita, affetta da handicap grave non è lavoratore e non è ricoverata a tempo pieno presso alcuna struttura specializzata;

- che nel nucleo familiare non sono presenti soggetti non lavoratori in grado di assistere la persona handicappata;

- di prestare assistenza in via **esclusiva e continuativa**, in quanto unico soggetto in grado di prestare assistenza, vale a dire:

- nel nucleo familiare del disabile non è presente alcun familiare maggiorenne non lavoratore in grado di assisterlo;

- nel nucleo familiare del disabile non è presente alcun familiare lavoratore che beneficia di permessi per il disabile stesso;

- che nessuna altra persona (parente o affine entro il 3° grado) usufruisce in via esclusiva dei permessi in questione;

- di prestare assistenza **in via alternativa** con il sig. \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_, fermo restando il limite di 3 giorni mensili.

Si allega in copia:

- verbale della Commissione medica da cui risulti la situazione di disabilità grave ex art. 3, comma 3, della 104/1992 propria o del familiare da assistere;
- dichiarazione sottoscritta dal familiare disabile contenente la manifestazione di volontà di volersi far assistere dal richiedente il permesso con allegata la copia di un valido documento di riconoscimento;
- dichiarazione sostitutiva dalla quale risulti lo status di referente unico o di condivisione della fruizione dei permessi con altro familiare, per l'assistenza al familiare disabile;
- dichiarazione, eventuale, degli altri familiari che fruiscono alternativamente dei giorni di permesso, con indicazione dettagliata e contatti del datore di lavoro di ciascuno;
- dichiarazione sostitutiva dalla quale risulti che il familiare disabile non sia ricoverato a tempo pieno presso strutture ospedaliere pubbliche o private che ne assicurino l'assistenza sanitaria.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione dei dati sopra dichiarati.

Roma,

Firma

---

**Informativa sul trattamento dei dati personali**  
**(Art. 13 del Regolamento UE 679/2016)**

Il Ministero dell'Istruzione e del merito, in qualità di Titolare del trattamento, desidera, con la presente informativa, fornirLe informazioni circa il trattamento dei dati personali che La riguardano.

**Titolare del trattamento dei dati**

Il Titolare del trattamento dei dati è il Ministero dell'Istruzione e del merito con sede in Roma presso Viale di Trastevere, n. 76/a 00153 Roma, al quale ci si potrà rivolgere per esercitare i diritti degli interessati, PEC [dr1a@postacert.istruzione.it](mailto:dr1a@postacert.istruzione.it)

**Responsabile per la protezione dei dati**

Il Responsabile per la protezione dei dati personali del Ministero dell'Istruzione è stato individuato con DM n. 215 del 04.08.2022 nella Dott.ssa Alessia Auriemma, Dirigente dell'Ufficio III -Protezione dei dati personali del Ministero – della Direzione generale per la comunicazione e le relazioni istituzionali.

Il RPD potrà essere contattato al seguente indirizzo: [rpd@istruzione.it](mailto:rpd@istruzione.it)

**Finalità del trattamento e base giuridica**

Finalità del trattamento è l'adempimento da parte dell'Amministrazione degli obblighi di legge relativi alla gestione del rapporto di lavoro e alla fruizione dei benefici previsti dalla legge 104/92. Il trattamento è necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento.

**Obbligo di conferimento dei dati**

*I dati da Lei conferiti hanno natura obbligatoria per il conseguimento delle finalità di cui sopra.*

**I destinatari del trattamento**

I dati potranno essere comunicati ad altre Pubbliche Amministrazioni in coerenza con le finalità del trattamento.

**Trasferimento di dati personali verso paesi terzi o organizzazioni internazionali**

I dati personali non saranno oggetto di trasferimento presso altri paesi europei o extra-europei.

**Periodo di conservazione dei dati personali**

Al fine di garantire un trattamento corretto e trasparente i dati sono conservati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali essi sono stati raccolti o successivamente trattati conformemente a quanto previsto dagli obblighi di legge.

**Diritti dell'interessato**

L'interessato ha diritto di chiedere al titolare del trattamento dei dati:

- L'accesso ai propri dati personali disciplinato dall'art. 15 del Regolamento UE 679/2016;
- La rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento previsti rispettivamente dagli artt. 16,17 e 18 del Regolamento UE 679/2016;
- La portabilità dei dati (diritto applicabile ai soli dati in formato elettronico) disciplinato dall'art. 20 del Regolamento UE 679/2016;
- L'opposizione al trattamento dei propri dati personali di cui all'art. 21 del Regolamento UE 679/2016.

**Diritto di reclamo**

Gli interessati nel caso in cui ritengano che il trattamento dei dati personali a loro riferiti sia compiuto in violazione di quanto previsto dall'art. 77 del Regolamento UE 679/2016 stesso, hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento UE 679/2016 stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie ai sensi dell'art. 79 del Regolamento UE 679/2016.

**Processo decisionale automatizzato**

I dati conferiti non saranno trattati con strumenti decisionali automatizzati.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Dichiarazione del familiare\affine in situazione di disabilità grave attestante il rapporto fiduciario con il il\la richiedente in qualità di unico referente dell'assistenza

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RESA AI SENSI DELL'ART. 47 DEL DPR 445/2000

Il\la sottoscritto\a \_\_\_\_\_

nato\la il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov (\_\_\_\_)

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

attualmente:

- in servizio presso \_\_\_\_\_;

- in quiescenza \_\_\_\_\_;

- ovvero \_\_\_\_\_;

DICHIARA

- di essere soggetto in situazione di disabilità grave (art. 3 comma 3 Legge 104/1992)

- che il\la Sig/Sig.ra \_\_\_\_\_ è l'unico\la referente della sua assistenza cui si dedica in modo esclusivo.

- di non essere ricoverato/a a tempo pieno in una struttura residenziale

Allega copia del documento di identità

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

Il/L\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

qualifica: [ ] Docente [ ] Ata

contratto: [ ] tempo determinato [ ] tempo indeterminato

*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 :

[ ] **di essere il referente unico** quale punto di riferimento di tutta l'attività di assistenza al disabile e nessun' altro soggetto beneficia dei permessi per lo stessa persona in situazione di disabilità grave;

[ ] **di non essere il referente unico**, pertanto usufruirà dei permessi per l'attività di assistenza al disabile, alternativamente al seguente avente diritto :

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_ LUOGO NASCITA \_\_\_\_\_

In servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti) \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

Dichiara inoltre:

il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità:

[ ] 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 invalidanti;

[ ] è stato coniugato ma il coniuge è deceduto, 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 i genitori affetti da patologia invalidante.

*FIRMA DEL RICHIEDENTE*

---

DICHIARAZIONE DI NON RICOVERO A TEMPO PIENO

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a prov. ( ) il \_\_\_\_\_

consapevole che la fruizione del diritto può essere riconosciuta, per l'assistenza alla stessa persona disabile in situazione di gravità, ad un solo lavoratore dipendente,

DICHIARA

che il familiare in stato di disabilità grave per il quale il sottoscritto ha richiesto di usufruire dei permessi retribuiti, non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata e che necessita di assistenza a carattere continuativo ed in via esclusiva da parte del/della sottoscritto/a.

(eccezioni indicate al punto 5 della Circ. Min. Funzione Pubblica n. 13/2010)

IN FEDE

\_\_\_\_\_