



## Scheda Rilevazione legge 104 - Anno 2023

Amministrazione: Istituto Comprensivo G. Falcone e Paolo Borsellino – Morlupo

### 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 2020 ?

- 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 2020 ?

- 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
- 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:

<b>Mese</b>	<b>Giornate di permesso (gg)</b>	<b>Ore permesso (hh)</b>
Gennaio		
Febbraio		
Marzo		
Aprile		
Maggio		
Giugno		
Luglio		
Agosto		
Settembre		
Ottobre		
Novembre		
Dicembre		