

**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

1. Data presa in servizio:
2. Durata:

 A tempo indeterminato  A tempo determinato

1. 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:

1. 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:

1. Il rapporto di lavoro è stato trasformato in regime part-time nel corso del 2020 ?

 No

 Si

se si indicare la durata del part-time:

dal al  In corso

tipo:  Orizzontale  Verticale  Misto

Percentuale:

1. Il rapporto di lavoro è stato trasformato da part-time a tempo pieno nel corso del 2020 ?

 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
* 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 |  |  |