



Altamura - da Vinci

Distretto Scolastico 32



Via Gen. F. Rotundi, 4
71121 FOGGIA
Centr. 0881/720283
Pres. 0881/721195
Fax 0881/772196

Chimica, Materiali e Biotecnologie.
Elettronica ed Elettrotecnica - Elettrotecnica ed Automazione Progetto Sirio
(corso serale).
Informatica e Telecomunicazioni - Informatica (corso serale).
Meccanica, Meccatronica ed Energia - Meccanica Progetto Sirio (corso serale).
Trasporti e logistica

Via G. Imperiale, 50
71122 FOGGIA
Centr. 0881/687527
Pres. 0881/684014
Fax 0881/687528

Al personale docente
Al personale ATA
SEDE

CIRCOLARE N. 41

Oggetto: modulistica per istanze a.s. 2026/27 e comunicazioni

Con la presente si trasmette in allegato la modulistica relativa alle seguenti istanze:

- Mod. 1: Richiesta benefici previsti dalla L. 104 e relativi allegati (*si ricorda di NON allegare verbali con dati clinici e diagnosi, ma solo la versione del verbale con le diciture "omissis"*).
- Mod. 2: Dichiarazione di permanenza requisiti L. 104;
- Mod. 3: Richiesta autorizzazione all'esercizio della libera professione;
- Mod. 4: Richiesta autorizzazione allo svolgimento di attività extrascolastiche.

Il personale interessato è pregato di inviare tali istanze **esclusivamente** a mezzo mail all'indirizzo fgtf13000c@istruzione.it

Si coglie l'occasione per comunicare che l'Ufficio Personale, **dal 01 al 05 Settembre 2026 non potrà ricevere allo sportello e/o telefonicamente** il personale docente e ATA, in quanto sarà impegnato con la gestione delle pratiche di assunzione in servizio del personale neo immesso in ruolo/trasferito e dei supplenti annuali che saranno assegnati dall'Ufficio Scolastico Provinciale.

A partire dal 7 Settembre l'Ufficio Personale riceverà allo sportello e/o telefonicamente, dal lunedì al venerdì dalle ore 11:00 alle ore 12:00. Si prega voler rispettare tali disposizioni.

Confidando nella consueta collaborazione, si precisa che è sempre possibile comunicare con l'Ufficio Personale a mezzo mail (esclusivamente all'indirizzo fgtf13000c@istruzione.it).



Il Dirigente Scolastico
Pasquale Palmisano

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ (Prov. _____)
residente a _____ (Prov. _____) in Via/Piazza _____ n° _____,
in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di _____.

CHIEDE

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni in qualità di:

- ☐ genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;
☐ genitore della persona disabile di età superiore a tre anni;
☐ parente, affine o coniuge di una persona con disabilità;
☐ disabile lavoratore richiedente i permessi.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445 così come modificato ed integrato dall'art. 15 della legge 16 gennaio 2003 e dall'art. 15 comma 1 della legge 183 del 12/11/2011 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del T.U. in caso di false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

- a. Che l'ASL di _____, nella seduta del ____/____/____, ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992), di:
 Cognome e Nome _____ Grado di parentela ¹ _____
 Stato civile _____ data e luogo di nascita _____ Residente a _____,
 in Via/Piazza _____ come risulta dalla certificazione che si allega.

- b. che la famiglia anagrafica della persona per la quale vengono richiesti i permessi è così costituita:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela	(se lavoratore) Dati del datore di lavoro

- ☐ di assistere in via continuativa ed esclusiva la persona sopra indicata;
☐ che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati.
☐ di essere referente unico;

oppure

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

NOME _____ COGNOME _____ NATO IL _____ A _____

In servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti) _____

che la persona assistita è / non è dipendente pubblico c/o _____ a tempo
☐ di essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra specificato det / indet.

oppure

- ☐ di non essere convivente con il soggetto portatore di handicap, ma di svolgere con continuità l'assistenza allo stesso per le necessità quotidiane non essendoci parenti ed affini entro il 3° grado conviventi con la persona sopra indicata e non lavoratori, che possano fornirLe assistenza;
☐ di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - D.P.R. 28/12/2000, n° 445.

Si allegano:

- () copia autenticata del verbale rilasciato dall'ASL di _____; (ALLEGARE SOLO VERBALE CON "OMISSIS")
 () dichiarazione del disabile;
 () dichiarazione dei familiari di non prestata assistenza con fotocopia documento di riconoscimento;
 () altro : _____

Data _____

Il/la Dichiarante

DICHIARAZIONE PER ASSISTENZA

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____

beneficiaria dell'art. _____ della legge 104/92

DICHIARA

- 1) di voler essere assistita dal/la sig./ra _____
- 2) di non essere ricoverato a tempo pieno presso un istituto specializzato.

_____, _____

FIRMA

□ **DICHIARAZIONE RESPONSABILITA' E CONSAPEVOLEZZA** (Circolare
Dipartimento Funzione Pubblica n. 13/2010)

Il/La sottoscritt..... nato/a a
..... () , il e
residente a ... (.....) in Via/Piazza
..... n. consapevole delle sanzioni previste
dall'art. 76 del Testo unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del
medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità;

DICHIARA

- a) *"il dipendente presta assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni ovvero il dipendente necessita delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità;*
- b) *il dipendente è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell 'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;*
- c) *il dipendente è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;*
- d) *il dipendente si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni".*

L'Amministrazione informa, ai sensi dell'art. 10 della legge 31/12/1996 n. 675 e secondo quanto previsto dall' art. 48, comma 2 del D.P.R. n. 445/2000 che i dati conferiti con la presente dichiarazione sostitutiva saranno utilizzati soltanto in relazione allo sviluppo del procedimento amministrativo per cui essi sono specificati, nonché per gli adempimenti amministrativi ad essi conseguenti.

Luogo e data

.....

Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(per ogni parente o affine entro il secondo grado impossibilitato all'assistenza) allegare copia carta identità e c.f.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____

Via _____ n. _____

consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi del Dpr 445/2000, così come modificato ed integrato dall'art. 15 della legge 16 gennaio 2003 e dall'art. 15 comma 1 della legge 183 del 12/11/2011, di non essere in grado di prestare assistenza al disabile in situazione di gravità con necessità di un'assistenza continuativa globale e permanente per ragioni esclusivamente oggettive, di seguito indicate:

Dichiara pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, L. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza. Si allega fotocopia documento di identità debitamente firmata.

Luogo e data _____

Il dichiarante

L'amministrazione Scolastica informa, ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30/06/2003 n. 196 e secondo quanto previsto dall'art. 48, comma 2 del D.P.R. n. 445/2000, che i dati conferiti con la presente istanza/dichiarazione sostitutiva saranno utilizzati dalla Scuola in relazione allo sviluppo del procedimento amministrativo per cui essi sono specificati, nonché per gli adempimenti amministrativi ad essi conseguenti.

DICHIARAZIONE PERMANENZA REQUISITI AI FINI DEI BENEFICI DELLA L. 104/92

**Al Dirigente Scolastico
SEDE**

Il/La sottoscritt _____ in servizio in qualità di
A.T.A. / DOCENTE con contratto a tempo ☐ INDETERMINATO - ☐ DETERMINATO

CHIEDE

☐ di essere beneficiario/a delle precedenzae per l'a. s. ____/____ previste al seguente punto di cui al citato **art. 13 - SISTEMA DELLE PRECEDENZE ED ESCLUSIONE DALLA GRADUATORIA INTERNA D'ISTITUTO**

☐ di usufruire anche per l'a. s. ____/____ dei permessi ai sensi dell'art. 33 della Legge n. 104/92 per:

- ☐ - assistere proprio familiare, di cui si è già data comunicazione;
- ☐ - situazione personale, di cui si è già data comunicazione;

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n.445 del 28 dicembre 2000 in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

- che non sono mutate le condizioni per cui è stata presentata richiesta ai sensi della Legge n. 104/92 già depositata presso codesto ufficio.
- che il familiare assistito non è ricoverato a tempo pieno, anche in via temporanea, presso istituti specializzati;
- che sussistono i requisiti della continuità e dell'esclusività della richiesta di assistenza al familiare, dovendo assisterlo per le sue necessità ed essendo altresì l'unico soggetto in grado di potere prestare assistenza;
- che all'interno del nucleo familiare non vi sono altri soggetti che prestino assistenza, ovvero che, trattandosi di familiare non convivente, lo stesso non è inserito in un nucleo familiare in cui sono presenti lavoratori che beneficiano degli stessi permessi ovvero soggetti non lavoratori che siano in grado di assisterlo.
- che è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno morale oltre che giuridico a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- che è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela dei disabili;

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni, aggiornando la documentazione prodotta a supporto dell'istanza quando ciò si renda necessario, anche a seguito di richiesta dell'amministrazione.

In fede

.....

Al Dirigente Scolastico
I.T.T. "Altamura-Da Vinci"
FOGGIA

Oggetto: **RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ESERCIZIO LIBERA PROFESSIONE - ANNO SCOLASTICO 20 /20** .

Il sottoscritto _____,
nato a _____ il _____
in servizio presso questo Istituto in qualità di _____ a Tempo
Indeterminato/Determinato per l'insegnamento di _____ nell'anno scolastico
_____/_____

CHIEDE

l'autorizzazione all'**ESERCIZIO DELLA LIBERA PROFESSIONE** di _____ e a tale scopo, sotto la propria responsabilità,

dichiara

- ✓ di essere/non essere iscritto all'Albo Professionale della Provincia di _____ per la Professione di _____ oppure di essere/non essere iscritto nell'elenco speciale degli _____;
- ✓ b) che la libera professione svolta non è di pregiudizio all'assolvimento di tutte le attività inerenti alla funzione docente ed è compatibile con l'orario d'insegnamento e di servizio;
- ✓ c) di essere a conoscenza delle disposizioni, in materia di incompatibilità, dettate:
 - o Decreto Presidente Repubblica, n. 417 del 31.05.1974 - Norme sullo stato giuridico del personale docente, direttivo ed ispettivo della scuola materna, elementare, secondaria ed artistica dello Stato;
 - o D. L.vo 297/94, art. 508 c. 10 - Testo Unico delle disposizioni legislative in materia di istruzione - Art. 508 - Incompatibilità;
 - o Circolare Presidenza del Cons. Ministri Dip. Funzione Pubbl. N. 3 del 19/02/97- Tempo parziale e disciplina delle incompatibilità;
 - o Circolare Dip. Funz. Pubblica n. 6/97 - Lavoro a tempo parziale e disciplina delle incompatibilità. Art. 1, commi 56-65, L. 662/1996;
 - o Legge 140/97, art. 6 - recante: "Misure urgenti per il riequilibrio della finanza pubblica";
 - o Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165 - Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche - Articolo 53 - Incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi;
 - o Nota MIUR prot. n. 1584 del 29.07.2005 Esercizio di attività incompatibili con la funzione docente;
 - o Decreto Legislativo 27.10.2009 n. 150 - Ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni.
- ✓ d) di non espletare incarichi non consentiti dalle norme in vigore e di non trovarsi in situazioni di incompatibilità.

Dichiara inoltre di essere consapevole della responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e che mendaci dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, oltre a comportare la decadenza dei benefici eventualmente conseguiti dal provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000), costituiscono reato punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. 445/2000)., sotto la sua responsabilità dichiara che i fatti, stati e qualità riportati di seguito e nella documentazione allegata corrispondono a verità.

Data _____

FIRMA

Richiedente:

A: **Dirigente Scolastico**
I.T.T. "Altamura - Da Vinci"
Foggia

Oggetto: **Richiesta autorizzazione incarico**

Dati incaricato	
Codice fiscale	
Cognome	
Nome	
Dati soggetto conferente	
Tipologia soggetto conferente	
Codice fiscale	
Denominazione	
Dati incarico	
Oggetto dell'incarico : Docenze/altro (specificare)	
Tipologia importo (lordo) Previsto /presunto	
Importo	
Incarico conferito in applicazione di una specifica norma (specificare si/no)	
Riferimento normativo per il conferimento dell'incarico	
Numero	
Data	
Articolo	
Comma	
Data inizio incarico (non prima di 5 gg dalla data di presentazione della richiesta)	
Data fine incarico (entro il 31/08 dell'a.s.in corso)	
Ragioni a motivo del conferimento	
Criteri di scelta/modalità di selezione del dipendente P.A.	

La prestazione per la quale si richiede autorizzazione presenta carattere contingente ed eccezionale e non comporta alcun rapporto di subordinazione o inserimento stabile nell'organizzazione richiedente.
Tale prestazione, sarà svolta in assenza di contrasto e conflitti anche potenziali con le attività istituzionali, in orari diversi da quelli di servizio e non interirà con i compiti e doveri di ufficio del dipendente.

Data

Firma del richiedente.....