



Scheda Rilevazione legge 104 – Anno

Amministrazione:

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
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	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Febbraio	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Marzo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aprile	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Maggio	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Giugno	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Luglio	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Agosto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Settembre	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ottobre	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Novembre	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dicembre	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 2011?

No

Sì

se si indicare la durata del part-time:

dal al In corso

tipo: Orizzontale Verticale Mistc

percentuale: %

4. Il rapporto di lavoro è stato trasformato da part-time a tempo pieno nel corso del 2011 ?

No

Sì

se si indicare la durata del part-time:

dal al

tipo: Orizzontale Verticale Mistc

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 fino al 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: Sì 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 disabile 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 Sì No
- se sì quale amministrazione:
- L'assistito è dipendente pubblico: Sì 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	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Febbraio	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Marzo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aprile	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Maggio	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Giugno	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Luglio	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Agosto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Settembre	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ottobre	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Novembre	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dicembre	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si allegano:

- copia della C.I. del dichiarante
- copia della C.I. dell'assistito
- copia del verbale d'invalidità

**I.C. Leonardo da Vinci
Via Douhet 6
00012 Guidonia (ROMA)**