



## Scheda Rilevazione legge 104 - Anno 2023

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
  - Non Dirigenziale
2. Data presa in servizio: \_\_\_\_\_
3. Tipologia di contratto:
  - A tempo indeterminato  A tempo determinato
4. Durata:
  - 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 2022?

No

Si

se si indicare la durata del part-time:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

tipo:  Orizzontale  Verticale  Misto

ore: \_\_\_\_\_

4. Il rapporto di lavoro è stato trasformato da part-time a tempo pieno nel corso del 2022?

No

Si

**Scheda informative  
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 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

- 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

- l'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		

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_