



Ministero dell'Interno

DIPARTIMENTO PER LE POLITICHE DEL PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE
CIVILE E PER LE RISORSE STRUMENTALI E FINANZIARIE

CIRCOLARE N. 9

Roma, 11 marzo 2011

- | | |
|--|------------------|
| - AI PREFETTI DELLA REPUBBLICA | <u>LORO SEDI</u> |
| - AL COMMISSARIO DELLO STATO PER LA REGIONE
SICILIANA | <u>PALERMO</u> |
| - AL RAPPRESENTANTE DEL GOVERNO PER LA REGIONE
SARDEGNA | <u>CAGLIARI</u> |
| - ALLA COMMISSIONE DI COORDINAMENTO NELLA REGIONE
FRIULI-VENEZIA GIULIA | <u>TRIESTE</u> |
| - ALLA COMMISSIONE DI COORDINAMENTO
PER LA VALLE D'AOSTA | <u>AOSTA</u> |
| - AL COMMISSARIO DEL GOVERNO PER LA PROVINCIA DI | <u>BOLZANO</u> |
| - AL COMMISSARIO DEL GOVERNO PER LA PROVINCIA DI | <u>TRENTO</u> |



Ministero dell'Interno

OGGETTO: Legge 4 novembre 2010, n. 183.

Circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica n. 13 del 6 dicembre 2010. Modifiche alla disciplina in materia di permessi per l'assistenza alle persone con disabilità.

L'art. 24 della legge 4 novembre 2010 n. 183, pubblicata sul supplemento ordinario n. 243/L alla G.U. del 9 novembre 2010 n. 262 ed entrata in vigore il 24 novembre scorso, innova parzialmente il *regime dei permessi per l'assistenza ai soggetti disabili*, contenuto nella legge 5 febbraio 1992 n. 104 e nel decreto legislativo 26 marzo 2001 n. 151.

Al riguardo, nel rinviare per gli specifici approfondimenti alla *circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 13 del 6 dicembre 2010* (consultabile sul sito <http://www.innovazionepa.gov.it/media/608472/circolare13-2010.pdf>), si riassumono di seguito le principali novità introdotte dal citato art. 24 :

- *restrizione dei soggetti legittimati* a fruire dei permessi per assistere persone in situazione di disabilità grave;
- *eliminazione dei requisiti della convivenza, della continuità ed esclusività dell'assistenza* prestata dal lavoratore;
- *precisazioni in merito alle condizioni per l'esercizio del diritto al trasferimento*;
- *previsione della decadenza* nel caso di insussistenza o venir meno dei requisiti per la fruizione delle agevolazioni;
- *istituzione di una banca dati* presso il Dipartimento della Funzione Pubblica.

In particolare, l'istituzione della banca dati, finalizzata al monitoraggio ed al controllo della legittima fruizione dei permessi accordati ai pubblici dipendenti, comporterà per questa Amministrazione la necessità di fornire, *entro il 31 marzo di*



Ministero dell'Interno

= 3 =

ciascun anno, i dati per via telematica secondo modalità che saranno prossimamente rese note dal Dipartimento della Funzione Pubblica.

Pertanto, al fine di consentire a questa Amministrazione la trasmissione dei dati richiesti ed assicurare, da una parte, *l'applicazione uniforme* del beneficio della L. 104/92 e, dall'altra, la *garanzia della fruibilità dei permessi* per chi effettivamente risulta in possesso dei requisiti previsti, si comunica che, a modifica di quanto previsto nelle circolari del 4 luglio 1995 e 20 maggio 1999, **la concessione** degli stessi per il personale contrattualizzato della Amministrazione Civile dell'Interno - come già avviene per la carriera prefettizia e per il personale dirigenziale contrattualizzato - d'ora in poi, **sarà riservata a questo Dipartimento - Direzione Centrale per le Risorse Umane** che rilascerà apposito nulla osta previa verifica della sussistenza dei presupposti normativi.

In virtù delle nuove disposizioni introdotte, tutti i dipendenti interessati, indipendentemente dalla qualifica rivestita, al fine di poter fruire dei citati permessi, dovranno far pervenire, tramite il proprio ufficio di appartenenza, apposita istanza corredata dalla seguente documentazione, secondo l'allegato modello:

- *verbale rilasciato dalla ASL* competente attestante la gravità della disabilità (art. 3, comma 3, Legge 104/92), oppure certificazione provvisoria rilasciata dal competente specialista della ASL; ovvero, verbale rilasciato dall'INPS ai sensi del decreto legge 1° luglio 2009, n.78, convertito con modificazioni dalla legge 3 agosto 2009, n.102;
- apposita *dichiarazione sostitutiva*, resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445 del 2000, dalla quale risulti che:
 - ^ il disabile non è ricoverato a tempo pieno presso strutture ospedaliere o comunque strutture pubbliche o private che assicurano assistenza sanitaria ovvero la documentazione attestante le circostanze riportate nella lettera a) par. 5 della richiamata circolare n. 13 del Dipartimento della Funzione Pubblica;
 - ^ il dipendente è l'unico referente per l'assistenza alla stessa persona con disabilità grave ad eccezione dell' ipotesi dei genitori che assistono un figlio portatore di handicap grave;



Ministero dell'Interno

= 4 =

- ^ 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;
- ^ 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;
- ^ 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;
- ^ il dipendente si impegna, infine, a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Nelle more della definizione del provvedimento di concessione dei permessi in questione da parte di questo Dipartimento, i dipendenti potranno fruire, sotto la propria responsabilità, del beneficio richiesto, consapevoli che nel caso in cui non venga ravvisata l'esistenza dei presupposti necessari per il godimento degli stessi, le assenze già fruite dagli interessati ex lege 104/92 dovranno essere commutate in ferie, altri permessi o altri istituti previsti dalla vigente normativa.

Si coglie l'occasione per evidenziare la necessità che i permessi siano richiesti con congruo anticipo, possibilmente concordando un piano di assenze con il responsabile dell'Ufficio nell'arco del mese, salvo dimostrate situazioni di urgenza.

Gli uffici in indirizzo vorranno far pervenire l'elenco dei dipendenti che già fruiscono dei citati permessi, indicando il grado di parentela o affinità del disabile, restituendo compilato anche per questi ultimi il modello in allegato anche al fine del riesame dei provvedimenti di concessione già adottati per la verifica della sussistenza delle condizioni previste dalla nuova legge.

In materia di trasferimento, l'art. 24 della citata L. 183/2010 ha modificato anche il comma 5 dell'art. 33 della L. 104/92, ed ha previsto che il lavoratore *ha diritto a scegliere, ove possibile*, la sede di lavoro più vicina al domicilio della persona da assistere, anziché "al proprio domicilio".



Ministero dell'Interno

= 5 =

Per il personale contrattualizzato non dirigenziale l'Amministrazione provvederà a predisporre una graduatoria costante per *provincia e comune*, in aggiornamento sulla base delle domande di trasferimento man mano presentate. I dipendenti interessati al trasferimento dovranno presentare apposita istanza, compilando il modello allegato, entro e non oltre il 30 aprile 2011.

La vacanza del posto, necessaria per l'applicazione della normativa, sarà verificata in relazione alla dotazione organica provinciale del profilo professionale rivestito.

Alla consultazione della graduatoria del personale contrattualizzato non dirigenziale potranno accedere soltanto coloro che hanno prodotto istanza di trasferimento ai sensi della legge 104/92, al fine di poter controllare la propria posizione. Resta inteso che gli altri dipendenti potranno consultare le graduatorie provinciali e comunali dei trasferimenti ove sarà indicato se nella graduatoria per quella sede vi siano uno o più aspiranti destinatari dei benefici della predetta legge, senza tuttavia che ne sia esplicitamente indicato il nome ma solo il numero complessivo.

Resta fermo per tutti i dipendenti interessati l'obbligo di procedere all'aggiornamento degli elementi indicati nel modello allegato per la costituzione della prevista banca dati.

Si puntualizza che, in sede di applicazione della richiamata legge n.104/92, l'istanza dell'impiegato in condizione di disabilità grave avrà precedenza assoluta, e, in caso di parità di situazione, troverà applicazione il criterio cronologico.

Si soggiunge, altresì, che l'ordine di precedenza delle posizioni seguito dalla Amministrazione per tutti i dipendenti interessati verrà determinato, secondo le indicazioni che seguono, dal grado di *parentela o affinità* come sotto specificato:

- 1) figlio/a
- 2) coniuge
- 3) parente di 1° grado
- 4) parente di 2° grado
- 5) affine di 1° grado
- 6) affine di 2° grado
- 7) parente di 3° grado
- 8) affine di 3° grado



Ministero dell'Interno

= 6 =

A parità di grado di parentela o di affinità, la precedenza verrà stabilita sulla base della data di presentazione della domanda all'ufficio di appartenenza e in caso di istanze prodotte in pari data, si farà riferimento alla data del verbale di riconoscimento della disabilità grave.

Gli interessati potranno indicare nell'istanza tre preferenze, tra le sedi più vicine al domicilio del disabile.

Per "*sede più vicina*" deve intendersi quella che si trova alla minore distanza chilometrica o a parità di distanza, quella più facilmente raggiungibile.

Si precisa, inoltre, che se la "*raggiungibilità*" della sede si realizza in un arco di tempo ragionevole, traducendosi in un guadagno significativo di tempo, quantificabile in almeno un'ora con i mezzi ordinari di trasporto, la facilità nel raggiungere la sede prevale sulla minore distanza chilometrica. Tale circostanza dovrà risultare da apposita dichiarazione che sarà oggetto di verifica.

Si prega di voler notificare il contenuto della presente circolare a tutto il personale interessato, anche se temporaneamente in servizio presso un ufficio diverso da quello di appartenenza (in missione o per altro motivo) oppure momentaneamente assente per qualsiasi causa (ferie, malattia, maternità, permessi, part-time o per altro motivo).

I Sigg. Prefetti sono pregati di notificare la presente circolare anche al personale dell'Amministrazione Civile dell'Interno in servizio presso le locali Questure ed Uffici Periferici della Polizia di Stato.

IL CAPO DIPARTIMENTO
(Amoroso)

QUADRO A

RICHIEDENTE

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

GIORNO MESE ANNO

COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA

PROV.

CODICE FISCALE

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

INDIRIZZO (Via, Piazza, N. civico, Frazione ecc.)

COMUNE DI RESIDENZA

PROV.

CAP

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

N° TELEFONO ABITAZIONE

N° MATRICOLA DIPENDENTE

PROFILO PROFESSIONALE

FASCIA RETRIBUTIVA

SEDE DI SERVIZIO:

<input type="checkbox"/>	Ministero - Uffici centrali	<input type="checkbox"/>	Prefettura	<input type="checkbox"/>	Questura	<input type="checkbox"/>	Altro
--------------------------	-----------------------------	--------------------------	------------	--------------------------	----------	--------------------------	-------

UFFICIO

TEL. UFFICIO

FAX UFFICIO

E-MAIL

RAPPORTO DI PARENTELA O AFFINITA'

GRADO DI PARENTELA O AFFINITA'

(Es.: coniuge, genitore figlio, nonno, fratello, zio, nipoti, suocero, genero)

(Es. primo, secondo o terzo grado)

Nel caso in cui il richiedente chieda i permessi per sé stesso **non compilare il successivo quadro B,** ma indicare:

Portatore di handicap grave, accertato dalla ASL in data

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

 GIORNO MESE ANNO

Portatore di handicap grave **RIVEDIBILE**, accertato dalla ASI

in data

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

 GIORNO MESE ANNO SCADENZA

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

 GIORNO MESE ANNO

Certificazione provvisoria -Certificato medico specialista ASL, rilasciato in data

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

 GIORNO MESE ANNO

non essere ricoverato a tempo pieno

QUADRO B**DATI DISABILE**

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA

GIORNO MESE ANNO

COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA

PROV.

CODICE FISCALE

NDRIZZO (Via, Piazza, N. civico, Frazione ecc.)

COMUNE DI RESIDENZA

PROV.

CAP

Portatore di handicap grave, accertato dalla ASL di in data

GIORNO MESE ANNO

Portatore di handicap grave **RIVEDIBILE**, accertato dalla ASL in data

GIORNO MESE ANNO

SCADENZA

GIORNO MESE ANNO

Certificazione provvisoria-certificato medico specialista ASL rilasciato

in data

GIORNO MESE ANNO

Non ricoverato a tempo pieno

Dipendente da un'amministrazione pubblica

Indicare amministrazione

RAPPORTO DI PARENTELA O AFFINITA'

(Es.: coniuge, genitore figlio, nonno, fratello, zio, nipoti, suocero, genero)

GRADO DI PARENTELA O AFFINITA'

(Es. primo, secondo o terzo grado)

SE VIENE INDICATO UN GRADO DI PARENTELA O AFFINITA' DI TERZO GRADO SPECIFICARE:

GENITORE O CONIUGE DELLA PERSONA CON HANDICAP

DECEDUTO

MANCANTE

PIU' DI 65 ANNI DI ETA'

AFFETTO DA PATOLOGIA INVALIDANTE

SE VIENE INDICATO "FIGLIO" SPECIFICARE:Figlio/a biologico/a Nato/a a IL

GIORNO MESE ANNO

Maggiorenne

Minore di tre anni

Figlio/a adottato/a-affidato/a

Data provvedimento di adozione o di affidamento

GIORNO MESE ANNO

Data di ingresso in famiglia dell'adottato/a-affidato/a

GIORNO MESE ANNO

Maggiorenne

Minore di tre anni

A corredo dell'istanza il **RICHIEDENTE**, consapevole delle conseguenze civili e penali
DICHIARA CHE:

Presta assistenza nei confronti del disabile per il quale sono state chieste le agevolazioni ovvero necessita delle agevolazioni per le necessità legate alla propria disabilità;

E' 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;

E' 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;

Si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni;

Si impegna, salvo dimostrate situazioni di urgenza, a comunicare, con congruo anticipo, al dirigente competente le assenze dal servizio per la fruizione dei permessi, possibilmente con riferimento all'intero arco temporale del mese, al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività amministrativa;

Si impegna a comunicare tempestivamente la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL;

E' consapevole che nel caso in cui uno dei due genitori fruiscono di uno o più giorni di permesso ai sensi dell'art. 33, comma 3 della legge 104, entrambi i genitori non potranno beneficiare nello stesso mese e per lo stesso figlio delle due ore di riposo giornaliero, del prolungamento del congedo parentale e del congedo di cui all'art. 42, comma 5 del d. lgs n. 151-2001;

Dichiara che i giorni di permesso mensile verranno fruiti nel limite massimo complessivo di 3 giorni mensili tra i due genitori.

Data

--	--	--	--	--	--	--

Firma del richiedente

DOMANDA TRASFERIMENTO LEGGE N. 104-1992 ART. 33

QUADRO A

RICHIEDENTE

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA

--	--	--	--	--	--

GIORNO MESE ANNO

COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA

PROV.

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

INDIRIZZO (Via, Piazza, N. civico, Frazione ecc.)

COMUNE DI RESIDENZA

PROV.

CAP

--	--	--	--	--

N° TELEFONO ABITAZIONE

N° MATRICOLA DIPENDENTE

PROFILO PROFESSIONALE

FASCIA RETRIBUTIVA

SEDE DI SERVIZIO:

Ministero - Uffici centrali

Prefettura

Questura

Altro

UFFICIO

TEL. UFFICIO

FAX UFFICIO

E-MAIL

RAPPORTO DI PARENTELA O AFFINITA' CON DISABILE

(Es.: coniuge, genitore figlio, nonno, fratello, zio, nipoti, suocero, genero)

GRADO DI PARENTELA O AFFINITA' CON DISABILE

(Es. : primo, secondo e terzo grado)

SPECIFICARE, EVENTUALMENTE:

Genitore adottivo Data provvedimento di adozione

--	--	--	--	--	--

GIORNO MESE ANNO

Affidatario Data provvedimento affidamento

--	--	--	--	--	--

GIORNO MESE ANNO

SEDI RICHIESTE IN ORDINE DI PREFERENZA

1

2

3

