



## 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
  - Non Dirigenziale
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		
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 2010 ?
  - No
  - Sì
  - se si indicare la durata del part-time:
    - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  In corso
    - tipo:  Orizzontale  Verticale  Misto
    - percentuale: \_\_\_\_\_
  
4. Il rapporto di lavoro è stato trasformato da part-time a tempo pieno nel corso del 2010 ?
  - No
  - Sì
  - 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
- 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

<b>Mese</b>	<b>Giornate di permesso (gg)</b>	<b>Ore permesso (hh)</b>
Gennaio		
Febbraio		
Marzo		
Aprile		
Maggio		
Giugno		
Luglio		
Agosto		
Settembre		
Ottobre		
Novembre		
Dicembre		