



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	FRUIZIONE A GIORNI	FRUIZIONE AD ORE	
	INDICARE LA DATA	INDICARE LA DATA	INDICARE N.ORE
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

Si, 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

Si, in quale anno: _____

3. Il rapporto di lavoro è stato trasformato in regime part-time nel corso del 20___?

No

Si

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 20___?

No

Si

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
- 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	FRUIZIONE A GIORNI	FRUIZIONE AD ORE	
	INDICARE LA DATA	INDICARE LA DATA	INDICARE N.ORE
Gennaio			
Febbraio			
Marzo			
Aprile			
Maggio			
Giugno			
Luglio			
Agosto			
Settembre			
Ottobre			
Novembre			
Dicembre			

.....
(data)

In fede

.....
(firma del dipendente per i dati contenuti da pag.1 a pag.5)

Timbro e firma dell'Ufficio

.....
(per convalida firma del dip. e dei dati contenuti a pag.5)