



Governo Italiano

Presidenza del Consiglio dei Ministri

Ministero per la pubblica amministrazione e l'innovazione

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 sì 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		