Al Dirigente Scolastico

del Liceo Statale “Giorgio de Chirico” Torre Annunziata

nasd04000b@istruzione.it

nasd04000b@pec.istruzione.it

**Modulo dichiarazione di conferma benefici legge 104**

**Oggetto: Dichiarazione di conferma dei benefici di cui all’art. 33 legge 104/1992, l. 53/2000, D.L.vo 151/2001, Circolare INPS n. 90 del 23-05-07.**

Il sottoscritto nato a

Il residente a prov.

Via (qualifica)

**D I C H I A R A**

# che **non permangono** le condizioni per beneficiare dei tre giorni mensili retribuiti, previsti dalla legge in oggetto in quanto

* che **permangono** le condizioni prescritte per beneficiare dei tre giorni mensili retribuiti, previsti dalle legge in oggetto, per assistere il/la proprio/a1

Sig./ra nato/a il

a prov. residente a prov.

in via riconosciuto portatore di handicap in situazione di gravità ai sensi dell’art. 33, c. 3 della legge 104/1992, da parte della competente commissione medica dell’A.S.L. di di cui all’art. 4 c. 1 della L. 104/92.

A tal fine,

***DICHIARA***

* che il soggetto inabile non è ricoverato a tempo pieno;

# di prestare un’assistenza sistematica e continuativa alla persona sopra indicata;

* che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap;

Si fa riferimento alla seguente certificazione precedentemente allegata ancora in corso di validità:

 certificato rilasciato dalla commissione medica dell’A.S.L. di di cui all’art. 4 c. 1 della L. 104/92.

1 Specificare: madre/padre/figlio/zio….

*Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, ed a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell’Amministrazione,* ***dichiara*** *che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità e s’impegna a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sopraesposti (ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituto specializzato, modifica o revoca della gravità dell’handicap, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare, ecc.)*

Torre Annunziata

FIRMA