

MODULO DICHIARAZIONE DI CONFERMA BENEFICI LEGGE 104

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DEL II CD "DON PEPPE DIANA" DI ACERRA**

**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 permangono le condizioni prescritte per beneficiare dei tre giorni mensili retribuiti, previsti dalle
legge in oggetto, per assistere il proprio _____ (padre-madre-figlio-zio, ecc.)

sig./ra _____, nato il _____

a _____ e residente a _____

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,

D I C H I A R A

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.

*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.)*

FIRMA _____