

Modulo dichiarazione di conferma benefici Legge 104/92

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
Istituto Comprensivo San Sosti-Malvito
87010 SAN SOSTI (CS)**

Oggetto: Dichiarazione di conferma dei benefici di cui all'art. 33 Legge 104/1992, L. 53/2000, D.L.vo 151/2001, Circolare I.N.P.S. n. 90 del 23-05-07. Anno Scolastico ____/____.

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (Prov. ____)
il _____, residente a _____ (Prov. ____) in Via
_____ nr. _____, in servizio presso codesto Istituto in qualità
di _____ con contratto di lavoro a:

tempo indeterminato tempo determinato

avendo già presentato presso l'Istituto Comprensivo Statale di San Sosti-Malvito nell'anno scolastico ____/____ tutta la documentazione inerente alla fruizione dei permessi di cui alla Legge 104/92, ai sensi e per gli effetti degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 relativi alle dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità, consapevole, in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, delle sanzioni penali previste (art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445);

DICHIARA

che continuano a sussistere i requisiti e le condizioni per usufruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 3, della Legge 104/92 per il proprio familiare (padre/madre/figlio/parente e/o affine di terzo grado) Sig./ra _____, nato/a _____ (Prov. ____)
il _____, residente a _____ (Prov. ____)
in Via _____ nr. _____ grado di parentela _____

che continuano a sussistere i requisiti e le condizioni per usufruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 6, della legge 104/92 per la propria persona.

che a far data dal ____ // ____ sono venuti meno i presupposti per continuare ad usufruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 3, della legge 104/92 (ricovero a tempo pieno del disabile presso istituto specializzato, modifica o revoca della gravità dell'handicap, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare, ecc.).

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:

Verbale rilasciato dalla commissione medica dell'A.S.P./INPS di _____ in data
_____ di cui all'art. 4, co. 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.).*

*Il sottoscritto **dichiara** di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/03 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

(Luogo e data)

In fede
