

Modulo dichiarazione di conferma benefici legge 104

AL DIRIGENTE SCOLASTICO DEL
DEL LICEO SCIENTIFICO "S. SAVARINO"
DI Partinico

**Oggetto: Dichiarazione di conferma dei benefici di cui all'art. 33 legge 104/1992 – Anno Scolastico
2022/23**

l sottoscritt _____, nat_a _____, il
_____, residente a _____ prov. _____ Via
_____, (qualifica) _____,

DICHIARA

che permangono le condizioni prescritte per beneficiare dei tre giorni mensili retribuiti, previsti dalla legge
in oggetto

- Per se stesso
- Per assistere il/la proprio/a _____ (padre-madre-figlio-zio, ecc.)
sig./ra _____, nato il _____ a
_____ e residente a _____ in via
_____, riconosciuto disabile in situazione di gravità ai sensi dell'art.
33, c. 3 della legge 104/1992, da parte della competente commissione medica dell'I.N.P.S. 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 DISABILE;
 - che fruisce in via alternativa dei permessi di cui all' art. 33 c. 3 della legge 104/1992 il/la Sig./ra _____ (barrare solo nei casi di più familiari che beneficiano dei permessi art. 33 L. 104/92) in servizio presso _____;

Con revisione data (_____);

Senza revisione

Si fa riferimento alla seguente certificazione precedentemente allegata ancora in corso di validità:
certificato rilasciato dalla commissione medica dell'I.N.P.S. / 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.)*

Partinico, li, _____

FIRMA _____