

Modulo dichiarazione di conferma benefici legge 104/92
ANNO SCOLASTICO / /

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
dell' I.C. DI OLEVANO S/T

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) _____

DICHIARA

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 _____, nat. il _____ a _____
() e residente a _____ 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 è /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.)*

Olevano S/T _____

FIRMA
