**Modulo dichiarazione di conferma benefici legge 104**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**LICEO STATALE “P. E. IMBRIANI” DI AVELLINO**

**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. A.S. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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 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.)*

AVELLINO, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_