

Al Dirigente Scolastico
Istituto Omnicomprensivo Parmenide
Via Parmenide – 84069
ROCCADASPIDE (SA)
sais03600a@istruzione.it
sais03600a@pec.istruzione.it

Modulo dichiarazione di conferma benefici legge 104

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 **non permangono** le condizioni per beneficiare dei tre giorni mensili retribuiti, previsti dalla legge in oggetto in quanto _____

che **permangono** le condizioni prescritte per beneficiare dei tre giorni mensili retribuiti, previsti dalle legge in oggetto, per assistere il/la proprio/a¹ _____

Sig./ra _____ nato/a il _____

a _____ prov. _____ residente a _____ prov. _____

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 di essere il referente unico e, pertanto, nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap;
- di non essere il referente unico e, pertanto, usufruirà dei permessi per l'assistenza al disabile, alternativamente al seguente avente diritto:

nome _____ cognome _____ luogo e data di nascita
_____ C.F. _____

in servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti)

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.

¹ Specificare: madre/padre/figlio/zio...

*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. Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sopraesposti (a titolo esemplificativo 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.)*

Roccadaspide _____

FIRMA _____

