

Modulo dichiarazione di conferma benefici legge 104

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL' I.I.S. "L. da VINCI"
AVERSA (CE)**

Oggetto: Dichiarazione di conferma dei benefici di cui all'art. 33 legge 104/1992.

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 dalle
legge in oggetto, per assistere il proprio _____ (padre-madre-figlio-zio,
ecc.) sig./ra _____, nato il _____ a
_____ e residente a _____ 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 nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap;
- che altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap;
COGNOME E NOME _____
data e luogo di nascita _____
attività lavorativa _____
datore di lavoro _____

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 con relativa scadenza _____

*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.)*

data _____

Firma (richiedente)

Firma (altro beneficiario)