

Modulo 1  
Dichiarazione di conferma benefici legge 104/92

Al Dirigente Scolastico

**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 \_\_\_\_\_

In servizio presso questo Istituto in qualità di:

- Docente     Assistente amministrativo     Assistente tecnico     Collaboratore scolastico

DICHIARA

che permangono le condizioni prescritte per beneficiare dei tre giorni mensili retribuiti, previsti dalla legge in oggetto, per assistere il proprio \_\_\_\_\_ (padre, madre, figlio, ecc.)

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
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 non è ricoverato a tempo pieno in ospedale o strutture pubbliche e private dedicate all'assistenza sanitaria;  
 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 \_\_\_\_\_

- con scadenza al \_\_\_\_\_  
 senza revisione (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.*

Belgioioso, \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_