

Modulo 2
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 in quanto riconosciuto/a 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.

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.***

Belgioioso, _____

Firma
