

Modulo dichiarazione di conferma benefici legge 104

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
del**

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

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a 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/la proprio/a _____ (padre-madre-figlio-
zio, ecc.) sig./sig.ra _____, nato/a il
_____ a _____ e residente a
_____ in via _____, 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.

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 un altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto, nel rispetto del limite dei 3
giorni mensili.

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.

*Il/La sottoscritto/a, 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.)*

, _____

FIRMA _____