

Modulo dichiarazione di conferma benefici legge 104

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'I.S.I.S.S. RIGHI NERVI
Via A. Righi
81055 S. Maria C.V. (CE)

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/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 _____
sig./ra _____, nato/a 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
inquanto impossibilitati nel prestare assistenza continuativa al familiare disabile come da
documentazione acquisita agli atti

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 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,

D I C H I A R A

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.)

Lì, _____

FIRMA