Al Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OGGETTO**: Dichiarazione permanenza o variazione benefici ex legge 104/92

 a.s. 2021-2022

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in servizio presso codesta istituzione scolastica in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con contratto a tempo determinato/indeterminato, a conoscenza degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 relativi alle dichiarazioni mendaci, in relazione alla fruizione dei benefici indicati in oggetto per l’anno **scolastico 2021/2022** rispetto all’assistenza del disabile sotto indicato , portatore di handicap ai sensi della legge 104/92 art. 3 comma

3 con il quale intrattiene il rapporto di parentela di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COGNOME**  | **NOME**  | **COD. FISCALE**  | **COMUNE RESID.**  | **REV. SI/NO\***  | **SCAD.** **LEGGE** **104/92**  |
|     |   |   |   | □ SI □ NO   |   |
|     |   |   |   | □ SI □ NO   |   |

Dichiara che la situazione è **\***:

**□ INVARIATA**

**□ VARIATA** ( eventuale motivazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

e che pertanto □ **ha □ non ha** diritto a fruire dei permessi in esame.

 **Luogo e data Firma**

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

**\***( barrare la voce interessata)