# AL DIRIGENTE SCOLASTICO ISTITUTO COMRENSIVO

# SALVATORE FARINA SASSARI

**Oggetto: Dichiarazione di conferma dei benefici di cui all’art. 33, commi 3 e 6 legge 104/1992, l. 53/2000, D.L.vo 151/2001, Circolare INPS n. 90 del 23-05-07.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov\_\_\_\_), il\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_, in servizio presso questa Istituzione Scolastica in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

# DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONABILITÁ

* che continuano a sussistere i requisiti e le condizioni per usufruire dei benefici previsti dall’art. 33, comma 3, della legge 104/92 per il proprio familiare: tre giorni mensili retribuiti, previsti dalle legge in oggetto, per assistere il proprio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (padre-madre-figlio- ecc.) Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_, 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.
* che continuano a sussistere i requisiti e le condizioni per usufruire dei benefici previsti dall’art. 33, comma 6, della legge 104/92 per la propria persona.
* che dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ sono venuti meno i presupposti per continuare ad usufruire dei benefici previsti dall’art. 33, comma 3, della legge 104/92 (ricovero a tempo pieno del disabile presso istituto specializzato, modifica o revoca della gravità dell’handicap, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare)

# A TAL FINE SPECIFICA

* che il soggetto inabile non è ricoverato a tempo pieno;
* di prestare un’assistenza sistematica e continuativa alla persona sopra indicata;
* che nessun altro / un’altro familiare (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap;

**PER QUANTO DICHIARATO**

* Si fa riferimento alla certificazione a suo tempo allegata, in possesso della amministrazione e ancora in corso di validità:
* si fa riferimento alla documentazione che viene allegata alla presente dichiarazione e cioè certificato rilasciato dalla commissione medica dell’A.S.L. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di cui all’art.4.1 della L. 104/1992

*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.)*

FIRMA

Sassari, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_