

**Modulo dichiarazione di conferma benefici legge 104**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELL' I.C SALVATORE FARINA SASSARI**

**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  
\_\_\_\_\_, (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 proprio \_\_\_\_\_ (padre-madre-figlio-  
ecc.) sig./ra \_\_\_\_\_, nato 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;

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, **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 \_\_\_\_\_