

Modulo dichiarazione di conferma benefici legge n. 104/92

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'Istituto Comprensivo di Crucoli

Oggetto: Dichiarazione di conferma dei benefici di cui all'art. 33 legge 104/1992, l. 53/2000, D.Lgs. 151/2001, Circolare INPS n. 90 del 23-05-07.

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a a _____, il _____,
residente a _____ prov. _____ via _____,
in servizio presso questa Istituzione Scolastica in qualità di _____,

consapevole

- ❖ delle disposizioni contenute nel DPR , 445/2000, nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti;
- ❖ delle sanzioni penali previste dall'art.55 quinquies (comma 1 e 2) del D.lgs. n° 165/2001

dichiara sotto la propria responsabilità

- 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**;
- 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**.

a tal fine specifica

- che il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno;
- di prestare una assistenza sistematica e continuativa al familiare disabile;
- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto disabile;
- che beneficiano dei permessi per lo stesso soggetto disabile i seguenti familiari:

- _____
- _____
- _____

Per quanto dichiarato

- si fa riferimento alla documentazione 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

_____.

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, ecc.).

Luogo e data

Firma
