

DA CONSEGNARE ENTRO IL 30/09 DA PARTE DEL PERSONALE CHE GIÀFRUIVA DEI BENEFICI NEL PRECEDENTE A.S., OVE NON SIANO CAMBIATI I REQUISITI

Modulo dichiarazione di conferma benefici legge 104

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
AL DSGA
dell'I.C. DOMENICO PURIFICATO

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 sottoscritto _____, nato a _____, il
_____, residente a _____ prov. _____ Via

(qualifica) _____,

D I C H I A R A

- che permangono le condizioni prescritte per usufruire di tutti i benefici previsti dalla legge in oggetto, per assistere il proprio _____ (grado di parentela.) sig./ra _____, 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.
- situazione personale, di cui si è già data comunicazione
 - NON RIVEDIBILE
 - RIVEDIBILE
 - SCADUTA, IN ATTESA DI NUOVA VISITA _____
 - DATA PROSSIMA VISITA _____

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni o la revoca della gravità dell'handicap. A tal fine,

D I C H I A R A

- che il soggetto da assistere non è ricoverato a tempo pieno;
- di prestare un'assistenza sistematica e continuativa alla persona sopra indicata;
- si conferma stesso familiare che beneficia dei permessi per lo stesso soggetto;

Si fa riferimento alla seguente certificazione precedentemente allegata ancora in corso di validità:

CERTIFICATO rilasciato dalla Commissione Medica della 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 autocertificazioni 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.).*

*Il sottoscritto **dichiara** di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui al Reg. UE 679/2016 - DGPR che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

Roma, _____

FIRMA _____