

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

DIREZIONE DIDATTICA STATALE "SAN DOMENICO SAVIO"

Via Gionti n. 11 – 80040 TERZIGNO (NA) Tel. 081/8271941 Fax 081/8271181 naee18700g@istruzione.it
naee18700g@pec.istruzione.it – C.F84005670637 www.scuolaprimariaterzigno.edu.it

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
Del Circolo Didattico
San Domenico Savio
Terzigno

Oggetto: Dichiarazione di conferma dei benefici di cui all'art. 33 legge 104/1992, I. 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) _____

DICHIARA

che permangono le condizioni prescritte per beneficiare dei tre giorni mensili retribuiti, previsti dalla legge in oggetto, per assistere il proprio _____ (padre-madre-figlio-zio,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 cui all'art. 4 c. 1 della L. 104/92.

A tal fine,

DICHIARA

- ☐ 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.)*

Terzigno _____

FIRMA