Modulo dichiarazione di conferma benefici legge 104

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

dell’ISTITUTO SUPERIORE

P.L. NERVI - ALAIMO

di LENTINI

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.

II sottoscritto , nato a , il

residente a prov. Via

,(qualifica)

DICHIARA

che permangono le condizioni prescritte per beneficiare dei tre giomi mensili retribuiti, previsti dalle leggi in oggetto, per assistere ii proprio (padre-madre-figlio-zio, ecc.) sig./sig.ra , nato-a il a

e residente a -------------- in via

, riconosciuto portatore di handicap in situazione di gravita 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,

***DICHIARA***

* che ii 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.

*II sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 de/ D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsita neg/i atti, ed a conoscenza de/ fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale control/a da parte dell'Amministrazione,* ***dichiara*** *che le notizie fornite con ii presente model/a rispondono a verita es 'impegna a comunicare tempestivamente eventua/i modificazioni*

*dei dati sopraesposti (ricovero a tempo pieno de/ portatore di handicap presso istituto specializzato, modifica o revoca de/la gravita dell'handicap, trasferimento delle agevolazioni ad altrofamiliare, ecc.)*

Lentini,

FIRMA