

Modulo 1

Modulo dichiarazione di conferma benefici legge 104/92

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA

I.S.S. " Duca Abruzzi-Libero Grassi"

PALERMO

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) _____,

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- 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, DICHIARA

- che il soggetto inabile non è ricoverato a tempo pieno in ospedale o strutture pubbliche e private dedicate all'assistenza sanitaria
 - 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 _____ con scadenza _____
- senza revisione (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 _____