

ALL.2

Al Dirigente scolastico
I.C. "G. Moscati" - Benevento

Oggetto: Dichiarazione di conferma dei benefici di cui all'art. 33, commi 3 e 6, L. 104/1992 e ss.mm.ii

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

DICHIARA

- che **non permangono** le condizioni per usufruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 3, della legge 104/92 in quanto _____
- che **permangono** le condizioni per usufruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 3, della legge 104/92 per il/la proprio/a * _____
Sig/Sig.ra _____ nato/a il _____
A _____ prov _____ 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'ASL di _____ di cui all'art. 4 c. 1 della L. 104
- che **permangono** le condizioni per usufruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 6, della legge 104/92 per la propria persona

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 in corso di validità:

*Specificare il grado di parentela: padre, madre, figlio.....

*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 l'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.)*

Benevento _____

_____ firma