

Modulo dichiarazione di conferma benefici legge 104

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'IC CAROLEI-DIPIGNANO "VALENTINI"

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

Il sottoscritt _____, nat_ a _____, il
_____, residente a _____ prov. _____ Via
_____, (qualifica) _____,

D I C H I A R A

che permangono le condizioni prescritte per beneficiare dei tre giorni mensili retribuiti, previsti dalle
legge in oggetto, per assistere il proprio _____ (indicare grado di
parentela) sig./ra _____, nat_ 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,

D I C H I A R A

- che il soggetto inabile non è ricoverato a tempo pieno;
 di prestare un'assistenza sistematica e continuativa alla persona sopra indicata;

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.445/2000 nel caso di
dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, e 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 ecc.)*

DATA _____

FIRMA _____