**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**IIS Majorana - Palermo**

**OGGETTO: Dichiarazione di conferma dei benefici di cui all'art.33 legge 104/1992, L. 53/2000, D.Lgs. 151/2001, Circolare INPS n. 90 del 23/05/07.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, con la qualifica di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

che permangono le condizioni prescritte per beneficiare dei tre giorni mensili retribuiti, previsti dalla legge in oggetto, per assistere il/la propri \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (padre-madre-figlio-ecc.) 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,

**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 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. I 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 falsità̀ negli alti, 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 verità̀ 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.)*

Il/La sottoscritto/a dichiara di avere preso visione dell’informativa e di esprimere il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 GDPR UE 2016/679 (“Regolamento generale sulla protezione dei dati”).

Palermo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_