

Al Dirigente Scolastico
dell'IS "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.

____ sottoscritt _____ 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 ____ propri _____ (padre-madre-figlio-ecc.) sig _____
_____ 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 beneficia ☐ Unicamente ☐ Congiuntamente 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 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.)*

____ sottoscritt _____ 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 _____

DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE	Codice del documento: DR.17 PR.6.2.1
DICHIARAZIONE CONFERMA BENEFICI LEGGE 104 DOCENTI-ATA	Data di emissione: 14.10.2022
	N° di revisione: 00
	Pagina 1 di 1