



Ministero dell'Istruzione
e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "VITTORIO DE SICA"

Distretto 33 - Cod Mecc. NAIC87400E - Via De Carolis, 4 - 80040 VOLLA(Napoli)

Direzione Amm.va Tel/Fax 081 6338382 - Succursale 081 3994768 - Cod Fisc 80160310639

naic87400e@istruzione.it - naic87400e@pec.istruzione.it - www.istitutocomprensivodesica.edu.it

Con l'Europa, investiamo nel Vostro Futuro

Modulo dichiarazione di conferma benefici legge 104

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 – Dlgs. 105/2022.

Il sottoscritto _____ nato a _____

Il _____ residente a _____ prov. _____

Via _____ (qualifica) _____

DICHIARA

- che non permangono le condizioni per beneficiare dei tre giorni mensili retribuiti, previsti dalla legge in oggetto in quanto _____
- che permangono le condizioni prescritte per beneficiare dei tre giorni mensili retribuiti, previsti dalle

legge in oggetto, per assistere il/la proprio/a _____

Sig./ra _____ nato/a il _____

a _____ prov. _____ residente a _____ prov. _____

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.

o Revisione data _____

o Non revisione

A tal fine,

DICHIARA

o che il soggetto inabile non è ricoverato a tempo pieno;

o di prestare un'assistenza sistematica e continuativa alla persona sopra indicata;

o che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap;

o che il seguente familiare _____ nato/a il _____ a _____

C.F. _____ residente in Via _____ n. _____ non

dipendente/dipendente presso _____ beneficia alternativamente al

sottoscritto _____ e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi dei permessi per lo stesso soggetto in situazioni di disabilità grave, con il quale è nella seguente relazione di parentela.

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. 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.)

Volla, _____

Firma
