

**Modulo dichiarazione di conferma benefici legge n. 104/92**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

1° C.D. PAPA GIOVANNI XXIII

VALENZANO (BA)

**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 sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_, il  
\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via  
\_\_\_\_\_, in servizio presso questa Istituzione Scolastica in qualità di  
\_\_\_\_\_.

**DICHIARA**

che continuano a sussistere i requisiti e le condizioni per usufruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 3, della Legge 104/92 per il proprio familiare.

che continuano a sussistere i requisiti e le condizioni per usufruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 6, della Legge 104/92 per la propria persona.

**Ovvero**

che dal \_\_\_\_\_ sono venuti meno i presupposti per continuare ad usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 Legge 104/92.

**A tal fine specifica:**

che il soggetto inabile non è ricoverato a tempo pieno;

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

**Per quanto dichiarato**

si fa riferimento alla documentazione a suo tempo allegata, in possesso della amministrazione e ancora in corso di validità

si fa riferimento alla documentazione che viene allegata alla presente dichiarazione (specificare)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
*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.)*

Luogo e data

FIRMA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_