*Modulo dichiarazione di conferma benefici legge 104/92 per assistenza a soggetto terzo*

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA

LICEO SCIENTIFICO GALILEO GALILEI

PALERMO

**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.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov.\_\_\_\_ Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , (qualifica) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

DICHIARA

che permangono le condizioni prescritte per beneficiare dei tre giorni mensili retribuiti, previsti dalle legge in oggetto, per assistere il proprio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(padre-madre-figlio- ecc.) sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato 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 in ospedale o strutture pubbliche e private dedicate all'assistenza sanitaria

di prestare un’assistenza sistematica e continuativa alla persona sopra indicata

che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con scadenza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

senza revisione (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.)*

FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_