

MODULO DICHIARAZIONE DI CONFERMA BENEFICI LEGGE 104

Il/La sottoscritt _____ nat_ a _____
prov. (____) il _____, residente in _____ (____) cap _____
Via _____ n. _____, qualifica:

Docente - Personale ATA

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole, delle conseguenze penali, civili e amministrative, previste dal D.P.R. 445 del 28/12/2000 e della normativa vigente per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

che permangono le condizioni per il godimento dei benefici previsti dalla Legge 104/92 ai sensi:

- dell' Art. 21 [personale con un grado di invalidità superiore ai 2/3];
- dell' Art. 33 Comma 3 [disabile grave o per assistenza ad un parente o affine entro il terzo grado con handicap in situazione di gravità] in quanto:
 - portatore di handicap in situazione di gravità ai sensi dell'art. 3, c. 3, L. 5.2.1992, n. 104;
 - per assistere il proprio _____ (padre-madre-figlio-coniuge-, ecc.) sig./ra _____, nato il _____ a _____ e residente a _____ in via _____, riconosciuto portatore di handicap in situazione di gravità ai sensi dell'art. 3, c. 3, L. 5.2.1992, n. 104;

Dichiara inoltre che nell'anno scolastico corrente:

- permangono le condizioni di cui all'art. 21 della Legge 104/92 come da documentazione già agli atti della scuola e che la Commissione ASL non ha rivisto il giudizio di gravità della condizione di handicap e che la certificazione della ASL non è scaduta e non ha subito modifiche;
- permangono le condizioni di cui all'art. 33 comma 3 della Legge 104/92 come da documentazione già agli atti della scuola e che la Commissione ASL non ha rivisto il giudizio di gravità della condizione di handicap della persona per la quale vengono richiesti i permessi e che la certificazione della ASL non è scaduta e non ha subito modifiche.

Si impegna, inoltre, a comunicare entro ventiquattro ore ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

DATA _____

FIRMA DEL DICHIARANTE
