



Allegato 2

Modulo dichiarazione di conferma benefici legge 104

Al Dirigente Scolastico
del Liceo Scientifico F. Severi - Salerno

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 dalla legge in oggetto, per assistere il proprio _____ (padre-madre-figlio-zio, 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

- ☐ il disabile è in vita;
- ☐ l'accertamento dell' handicap è ☐ IRRIVEDIBILE ☐ RIVEDIBILE il _____
- ☐ il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata (eccezioni indicate al punto 5 della Circ. Min. Funzione Pubblica n. 13/2010);
- ☐ di essere il referente unico quale punto di riferimento di tutta l'attività di assistenza al disabile e nessun altro soggetto beneficia dei permessi per la stessa persona in situazione di disabilità grave;
- ☐ di non essere il referente unico, pertanto usufruirà dei permessi per l'attività di assistenza al disabile, alternativamente con il/i seguenti avente diritto:

☐ dipendente pubblico presso _____

☐ **dipendente privato**

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.)*

Salerno . _____

FIRMA _____