Modulo dichiarazione di conferma benefici legge 104

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Oggetto: Dichiarazione di conferma dei benefici di cui all'art. 33 legge 104/1992.

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a 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/la proprio/a _____(padre-madre-figlio-zio, ecc.) sig./sig.ra_____, nato/a il _____ a _____ e residente a _____ in via _____ , riconosciuto/a 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/La sottoscritto/a, 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.)

Afragola, _____

FIRMA _____