

**Modulo dichiarazione di conferma benefici legge 104**

**ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA  
DEL LICEO "P. VIRGILIO M." DI AVELLINO**

**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. A.S. \_\_\_\_\_**

Il sottoscritt \_\_\_\_\_, nat 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 se stesso
- Per assistere il/la proprio/a \_\_\_\_\_ (padre-madre-figlio-zio, ecc.)  
sig./ra \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_, riconosciuto disabile in situazione di gravità ai sensi dell'art.  
33, c. 3 della legge 104/1992, da parte della competente commissione medica dell'I.N.P.S. 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;
  - di prestare un'assistenza sistematica e continuativa alla persona sopra indicata;
  - che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso DISABILE;
  - che fruisce in via alternativa dei permessi di cui all' art. 33 c. 3 della legge 104/1992 il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ (barrare solo nei casi di più familiari che beneficiano dei permessi art. 33 L. 104/92) in servizio presso \_\_\_\_\_;

Con revisione data (\_\_\_\_\_);

Senza revisione

Si fa riferimento alla seguente certificazione precedentemente allegata ancora in corso di validità:  
certificato rilasciato dalla commissione medica dell'I.N.P.S. / 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.)*

AVELLINO, \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_