

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

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, in servizio presso

questa Istituzione Scolastica in qualità di \_\_\_\_\_,

consapevole

- ❖ delle disposizioni contenute nel DPR,445/2000, nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità
- ❖ negli atti; delle sanzioni penali previste dall'art.55 quinquies (comma 1 e 2) del D.lgs. n° 165/2001

**dichiara sotto la propria responsabilità**

che continuano a sussistere i requisiti e le condizioni per usufruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 3, della legge 104/92 per il proprio familiare (cognome nome codice fiscale grado di parentela) \_\_\_\_\_

che continuano a sussistere i requisiti e le condizioni per usufruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 6, della legge 104/92 per la propria persona.

che dal \_\_\_\_\_ sono venuti meno i presupposti per continuare ad usufruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 3, della legge 104/92 per:

- ricovero a tempo pieno del disabile presso istituto specializzato;
- modifica o revoca della gravità dell'handicap;
- trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare (cognome e nome) \_\_\_\_\_
- altro \_\_\_\_\_

**a tal fine specifica**

- che il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno
- di prestare una assistenza sistematica e continuativa al familiare disabile
- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto disabile.

**Per quanto dichiarato**

- si fa riferimento alla documentazione a suo tempo allegata, confermando la scadenza del beneficio al \_\_\_\_\_
- Comunica che il beneficio risulta non rivedibile.

si fa riferimento alla documentazione integrativa che viene allegata alla presente dichiarazione e cioè

Potenza lì \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FIRMA