**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**DELL’I.C. “RONCALLI DI ”**

**BURGIO**

**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

**D I C H I A R A**

che permangono le condizioni prescritte per beneficiare dei tre giorni mensili retribuiti, previsti dalle legge in oggetto, per assistere , nata 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, altresì [[1]](#footnote-1)***

1. che il soggetto inabile non è ricoverato a tempo pieno;
2. che non ci sono altri parenti o affini entro il terzo grado;
3. che ci sono i seguenti parenti o affini entro il terzo grado con il rapporto di parentela accanto indicato:
4. e che non sono comunque in grado di assistere per i motivi che essi stessi dichiarano e che non si avvalgono e non si sono avvalsi in precedenza degli stessi benefici;
5. che nel nucleo non è presente un altro familiare non lavoratore in grado di prestare assistenza;
6. di essere pertanto l’unico in grado di assistere il soggetto permanentemente inabile.

Il sottoscritto s’impegna a richiedere la fruizione dei permessi in giornate non ricorrenti, e con ragionevole anticipo, a meno che non si tratti di interventi di assistenza non prevedibili.

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.

Allega:

* n. 1 dichiarazione del disabile/ovvero amministratore di sostegno/ovvero tutore legale, attestante la scelta del familiare da cui intende essere assistito;
* n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiarazioni, sottoscritte e corredate di fotocopie di carta di identità.
* Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*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.)*

Burgio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In fede: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Depennare la voce che non interessa. [↑](#footnote-ref-1)