**ALL. 1**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**Istituto Comprensivo Agropoli San Marco**

**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 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***

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 soggetto portatore di handicap;

**** che la Commissione medica preposta non ha proceduto a rettifica o non ha modificato il giudizio sulla gravità dell’handicap;

**** che è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e pertanto il loro riconoscimento comporta la conferma dell’impegno -morale oltre che giuridico- a prestare la propria opera di assistenza;

**** che la scadenza del verbale della Commissione Medica, attualmente in possesso della sottoscritta, è la seguente……………………………………………………….

Si fa riferimento alla seguente certificazione precedentemente allegata in originale o copia conforme, ancora in corso di validità:

*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, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000,*** *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.)*

*Il sottoscritto dichiara altresì di essere stato informato che:*

* *i dati forniti sono acquisiti esclusivamente per la concessione del permesso richiesto e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate solo per tale scopo, ai sensi del D.Lgs n. 196 del 30/06/2003 e del Regolamento UE n. 679/2016;*
* *il conferimento dei dati è obbligatorio e il rifiuto di fornire gli stessi comporta l’impossibilità di dare corso a quanto richiesto;*

***Alla presente si allega copia fronte retro del documento di identità.***

Agropoli\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_