

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Istituto Comprensivo "G. D'Annunzio"  
Lanciano (CH)

**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  
\_\_\_\_\_, in servizio presso questo Istituto in qualità di  
\_\_\_\_\_ con contratto a tempo determinato/indeterminato, avendo  
presentato nel decorso anno scolastico \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ tutta la documentazione inerente alla  
fruizione dei permessi di cui alla L. 104/1992, ai sensi e per gli effetti degli artt. 75 e 76 del D.P.R.  
445/2000 relativi alle dichiarazioni mendaci

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

Sotto la propria responsabilità, che permangono le condizioni prescritte per fruire dei benefici previsti dalla legge in oggetto:

fruizione permessi personali;

fruizione permessi 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 e che il soggetto assistito non è ricoverato a tempo pieno;

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.

*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.)*

Lanciano, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_