

CONFERMA BENEFICI LEGGE 104/92
ANNO SCOLASTICO 2023/2024

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ prov. _____ il ____ / ____ / ____

Residente in _____ via. _____ n. _____

in servizio nel corrente anno scolastico 2023/2024 presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di:

barrare la parte che interessa:

- Docente
- Assistente Amministrativo
- Assistente tecnico
- Collaboratore scolastico
- con contratto di lavoro a tempo indeterminato
- determinato di lavoro a tempo determinato

Consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n.445/2000 e con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia,

DICHIARA

1. Di prestare in maniera continuativa assistenza al seguente familiare:

Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

CF: _____

Residente a _____ via _____ n. _____

Grado di parentela/affinità: _____

2. che la situazione di gravità è tutt'ora esistente non essendovi state variazioni alla dichiarazione della Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art.3, comma 3, della legge 104/1992.
3. che il giudizio di gravità della condizione di disabilità del familiare non è stato revocato;
4. che il/la sottoscritto/a continua ad assistere il familiare disabile
 - in via esclusiva
 - non in via esclusiva (indicare altri eventuali beneficiari, specificando:
 - ✓ nome/cognome/data di nascita/datore di lavoro/luogo di lavoro del/i beneficiario/i

5. che il familiare assistito non è ricoverato a tempo pieno presso strutture pubbliche o private;
6. a tutt'oggi si dichiara l'esistenza in vita del familiare assistito.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazioni della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione al beneficio, consapevole che la mancata comunicazione costituisce un'ipotesi di illecito penale, civile e amministrativo.

Firma