

Modulo dichiarazione di conferma benefici legge 104

**ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA
I.C. PIAZZA CAPRI
di Roma**

Oggetto: Dichiarazione di conferma dei benefici di cui all'art. 33, commi 3 e 6, legge 104/1992, e ss.mm.ii. – A.S. 2025/26

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____, residente a _____ prov. _____ Via _____, (qualifica) _____ in servizio presso questa Istituzione Scolastica in qualità di _____, già destinatario di un Decreto relativo ai benefici ex L. n. 104/1992 da parte di codesto Istituto nell'A.S. 2024/2025,

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.
- ☐ 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 permangono le condizioni prescritte per beneficiare dei tre giorni mensili retribuiti, previsti dalla legge in oggetto, per assistere il proprio familiare (*indicare il grado di parentela*) _____ 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.

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 altro/i familiare/i beneficia/no dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap (*indicare i dati anagrafici dell'/gli altro/i familiare/i beneficiario/i*) _____

Nome _____ Cognome _____ data e luogo di nascita _____

Nome _____ Cognome _____ data e luogo di nascita _____

Il/a sottoscritto/a è consapevole che in caso di fruizione dei permessi di cui all'articolo 33 della legge n. 104/1992 a più lavoratori per l'assistenza allo stesso soggetto con disabilità grave, gli stessi possono essere richiesti e fruiti alternativamente e purché non negli stessi giorni.

Per quanto dichiarato

- ☐ si fa riferimento alla documentazione a suo tempo allegata, in possesso della amministrazione e ancora in corso di validità
- ☐ si fa riferimento alla documentazione che viene allegata alla presente dichiarazione e cioè

- ☐ si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità)
- ☐ è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno morale oltre che giuridico a prestare effettivamente la propria opera di assistenza.
- ☐ è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'Amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano per l'effettiva tutela dei disabili.

*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.*

Roma, _____

FIRMA _____