AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I.C. “CASALINUOVO CATANZARO SUD”

Oggetto: Dichiarazione di conferma dei benefici di cui all’art. 33, commi 3 e 6, legge 104/1992, ess.mm.ii.

Il sottoscritto , nato a (prov ), il , residente

a Prov. Via

n° ,in servizio presso questa Istituzione Scolastica in qualità di ,

# 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, comma3, 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 dal -------------------sono venuti meno i presupposti per continuare ad usufruire dei benefici previsti dall’art.33, comma3, della legge 104/92 (ricovero a tempo pieno del disabile presso istituto specializzato, modifica o revoca della gravità dell’handicap, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare)

# A tal fine specifica

* che il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno
* di prestare assistenza continuativa ed esclusiva alla persona sopraindicata;

oppure

* di prestare assistenza alla persona sopra indicata alternativamente con il/la sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due assistenti (si allega dichiarazione di responsabilità dell’altro familiare) - (D.lgsn.105del13/08/2022);

# 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

## Data

In fede