

Modulo 2

Modulo dichiarazione di conferma benefici legge 104/92

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA
I.S.S. "DUCA ABRUZZI- LIBERO GRASSI"
PALERMO

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) _____,

DICHIARA

che permangono le condizioni prescritte per beneficiare dei tre giorni mensili retribuiti, previsti dalle legge in oggetto in quanto 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.

Si fa riferimento alla seguente certificazione precedentemente allegata ancora in corso di

validità: certificato rilasciato dalla commissione medica dell'A.S.L. di _____

con scadenza _____

senza revisione (4 c. 1 della L. 104/92).

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 che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità e s'impegna a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sopraesposti

FIRMA _____