All.1

AUTOCERTIFICAZIONE – Dichiarazione di conferma o revoca dei benefici di cui all’art. 33, commi 3 e 6, Legge 104/1992 e successive modifiche e integrazioni.

Al Dirigente Scolastico

dell’Istituto Comprensivo Basile-Don Milani

di Parete

Il/La sottoscritto/a , nato/a 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,

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 dal sono venuti meno i presupposti per continuare ad usufruire dei benefici previsti dall’art. 33, comma 3, 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 una assistenza sistematica e continuativa al familiare disabile;
* che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto disabile.

Per quanto dichiarato

* si fa riferimento alla documentazione a suo tempo allegata, in possesso dell’amministrazione e ancora in corso di validità
* si fa riferimento alla seguente documentazione che viene allegata alla presente dichiarazione:

Parete,

In fede