All. 1

Al Dirigente Scolastico

I.C. Moro Lamanna-Mesoraca

Oggetto: Dichiarazione per la fruizione dei benefici di cui all'art. 33, commi 3 e 6 e dei vantaggi di cui all'art. 21 della legge 104/1992 per l'a.s.2024-25

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 dichiarazionimendaci 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 6, della legge 104/92 per la propria persona
- 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 non ci sono variazioni e di continuare ad essere referente unico del proprio familiare Sig. _____
- che anche i seguenti familiari sono referenti e che usufruiscono dei permessi lavorativi ai sensi della legge 104/92 e del DLgs 30 giugno 2022, n. 105 e messaggio INPS n° 3096 del 05 agosto 2022.

Sig./ra _____nato/a a_____ (Prov____)
C.F_____residente_____(Prov_____)

In servizio presso_____

Sig./ra _____nato/a a_____ (Prov____)
C.F_____residente_____(Prov_____

In servizio presso_____

- che continuano a sussistere i requisiti e le condizioni per usufruire dei vantaggi previsti dall'art. 21della legge 104/92

- 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 della amministrazione e ancora in corso di validità

☐ si fa riferimento alla documentazione che viene allegata alla presente dichiarazione e cioè

1. dichiarazione degli altri referenti di usufruire dei permessi alternativamente
2. fotocopia del documento di identità
3. altro

_____

☐ 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

Mesoraca, lì ____/____/_____ **FIRMA**

_____