

**Al Dirigente dell'Ufficio IV
Ambito Territoriale per la provincia di Agrigento**

OGGETTO: Dichiarazione di conferma dei benefici Legge 104/1992 art. 33 comma 3 e ss.mm.ii.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
Prov. () il _____ residente a _____ prov. _____ Via _____
C.F. _____ Dirigente Scolastico presso _____ consapevole
che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia

DICHIARA

che permangono le condizioni per beneficiare dei tre giorni mensili retribuiti, previsti dalla legge in oggetto, per assistere il/la proprio/a _____ (padre-madre-figlio- ecc.) sig./ra _____, nato/a il _____ a _____ e residente a _____ in via _____
riconosciuto soggetto in situazione di disabilità grave, come da verbale della Commissione Medica dell'ASL di _____ di cui all'art. 4 c. 1 della L. 104/92.
A tal fine,

DICHIARA CHE

- ☐ il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata;
- ☐ **di essere il referente unico** a prestare assistenza alla persona con disabilità grave e nessun altro soggetto beneficia dei permessi per la stessa persona;
- ☐ **di non essere il referente unico** e di prestare assistenza alla persona sopra indicata alternativamente, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due assistenti, con:

Cognome _____ Nome _____

In servizio presso (indicare la struttura lavorativa) _____

Recapito telefonico: _____

E-mail: _____

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

- ☐ certificato rilasciato dalla commissione medica dell'A.S.L. di _____ di cui all'art.4c.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 (ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituto specializzato, modifica o revoca della gravità dell'handicap, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare, ecc.)*

- ☐ Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679) e si allega informativa di riferimento controfirmata.

Luogo e data

Firma
