**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**I.C. PAOLO BORSELLINO**

**SANTA MARIA DEL CEDRO (CS)**

**Oggetto: Dichiarazione di conferma dei benefici di cui all’art. 33, commi 3 e 6, legge 104/1992, e ss.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, 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;**

****  **di essere il referente unico quale punto di riferimento di tutta l'attività di assistenza al disabile e nessun’ altro soggetto beneficia dei permessi per la stessa persona in situazione di disabilità grave;**

 ** di non essere il referente unico, pertanto usufruirà dei permessi per l'attività di assistenza al disabile,**

 **alternativamente con gli altri avente diritto;**

**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** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **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**

**Santa Maria del Cedro lì \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**