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

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