**Al Dirigente Scolastico**

 **Istituto Comprensivo Statale**

 **Francesco Gesuè**

 **San Felice a Cancello**

OGGETTO: **Dichiarazione di conferma o revoca dei benefici Legge 104**/**1992.**

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

COGNOME NOME LUOGO E DATA DI NASCITA RESIDENTE A

 IN VIA NR.

* 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 documentazione che viene allegata alla presente dichiarazione e cioè

San Felice a Cancello , lì FIRMA