

**OGGETTO: Dichiarazione di conferma o revoca dei benefici Legge 104/1992
a.s. 2024/2025**

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

Rende , lì _____

FIRMA