ISTITUTO COMPRENSIVO
"DI VITTORIO - PADRE PIO"
Via degli Oleandri, 1- 71042 CERIGNOLA Tel/fax 0885/447803
C.F. 90039290714 - C.M. FGIC87400N
e-mail fgic87400n@istruzione.it PEC fgic87400n@pec.istruzione.it

Circolare n. 11

Cerignola, 13.09.2021

A TUTTO PERSONALE
I.C. DI VITTORIO – PADRE PIO
CERIGNOLA

SITO WEB

OGGETTO: Fruizione permessi Legge 104/92

In riferimento alla normativa richiamata in oggetto, si invita il personale interessato a confermare o notificare la sussistenza delle condizioni e dei requisiti previsti tramite istanza documentata da inoltrare agli Uffici di Segreteria.

Alla presente si allega modello da utilizzare, compilare in ogni sua parte, firmare con firma autografa e inviare all'indirizzo di posta istituzionale fgic87400n@istruzione.it.

Cordiali saluti.

F.TO IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Maria RUSSO
Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, comma del decreto legislativo n. 39/1993

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO
"DI VITTORIO – PADRE PIO"
CERIGNOLA

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

_____

_____

Cerignola, lì ____/____/_____ **FIRMA**

_____