



ISTITUTO COMPRENSIVO CAMPAGNA CAPOLUOGO  
Scuola Infanzia - Primaria e Secondaria di 1° grado  
Via Provinciale per Acerno - 84022 CAMPAGNA (SA)  
e-mail: [SAIC8BJ00C@ISTRUZIONE.IT](mailto:SAIC8BJ00C@ISTRUZIONE.IT) - sito internet: [www.iccampagnacapoluogo.edu.it](http://www.iccampagnacapoluogo.edu.it)  
Tel/Fax: 0828/241258 - Cod. Meccanografico: SAIC8BJ00C - C.F. 91053340658

Al personale ATA e Docenti  
agli Atti  
Al Sito Web

**Oggetto: Permanenza Requisiti legge 104/92-Invito a far pervenire autocertificazioni in merito**

#### **Il Dirigente Scolastico**

Visto art 33 comma 7 bis Legge 104/92

Ritenuto di dover invitare il personale tutto Docente ed ATA che usufruisce dei benefici della normativa citata a far pervenire dichiarazione ad hoc redatta nelle forme di cui al DPR445/2000 in merito alla permanenza dei requisiti prescritti per il godimento dei benefici medesimi, richiamando le gravi responsabilità in cui i beneficiari possono incorrere in caso di dichiarazioni false, mendaci e/o reticenti

#### **INVITA**

Il personale in indirizzo a far pervenire al servizio protocollo dello scrivente istituto entro e non oltre la data del 30/10 dichiarazione redatta secondo il modello che allegasi alla presente nota per costituirne parte integrante e sostanziale

Salvo dimostrate situazioni di urgenza, per la fruizione dei permessi, gli interessati dovranno comunicare al dirigente le assenze dal servizio con congruo anticipo, se possibile con riferimento all'intero arco temporale del mese, al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività didattica e/o amministrativa.

Il Dirigente Scolastico  
F.to Rosaria Colantuono

**Modulo dichiarazione di conferma benefici legge 104**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
dell'Istituto Comprensivo  
Campagna Capoluogo**

**Oggetto: Dichiarazione di conferma dei benefici di cui all'art. 33 legge 104/1992, l. 53/2000,  
D.L.vo 151/2001, Circolare INPS n. 90 del 23-05-07.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_, il  
\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via  
\_\_\_\_\_, (qualifica) \_\_\_\_\_,

**D I C H I A R A**

che permangono le condizioni prescritte per beneficiare dei tre giorni mensili retribuiti, previsti dalle  
legge in oggetto, per assistere il proprio \_\_\_\_\_ (padre-madre-figlio-zio,  
ecc.) sig./ra \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_, riconosciuto portatore di handicap in situazione di gravità ai sensi  
dell'art. 3, c. 3 della legge 104/1992, da parte della competente commissione medica dell'A.S.L. di  
\_\_\_\_\_ di cui all'art. 4 c. 1 della L. 104/92.

A tal fine,

**D I C H I A R A**

- che non sono mutate le condizioni per cui è stata presentata richiesta ai sensi della Legge  
n.104 depositata presso codesto ufficio.
- che il soggetto inabile non è ricoverato a tempo pieno;
- di prestare un'assistenza sistematica e continuativa alla persona sopra indicata;
- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap;

Si fa riferimento alla seguente certificazione precedentemente allegata ancora in corso di validità:

- certificato rilasciato dalla commissione medica dell'A.S.L. /INPS di \_\_\_\_\_ di cui  
all'art. 3 c. 3 della L. 104/92.

*Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nel caso di  
dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, ed a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione  
saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell'Amministrazione, **dichiara** che le notizie fornite con il  
presente modello rispondono a verità e s'impegna a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni  
dei dati sopraesposti (ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituto specializzato,  
modifica o revoca della gravità dell'handicap, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare, ecc.)*

● Campagna \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_