



XVII CIRCOLO DIDATTICO POGGIOFRANCO - BARI

Plesso TAURO - Via G. Tauro, 2 - Tel 0805613356
Plesso CARRANTE - Via A. Carrante, 1 - Tel. 080 501 4445
Plesso KING - Via M.L. King, 38 - Tel. 080 504 5038
70124 - BARI
Cod.Fisc: 80005260726 - Cod. Mecc. BAEE017007

Mail: baee017007@istruzione.it - Pec: baee017007@pec.istruzione.it - Sito web www.17circolodidatticopoggiofrancobari.edu.it/

Bari, 03 Settembre 2021

Ai Docenti
Al Direttore s.g.a.
Al personale ATA
Al Sito web

Circolare n. 06

Oggetto: Richiesta Benefici Legge 104/92.

Il personale che intenda usufruire dei benefici di cui all'art. 33 della L. n. 104/92 è invitato a presentare presso gli Uffici di Segreteria (sig.ra Di Tullio D.) la documentazione completa, attestante il diritto al godimento di tali benefici, **entro venerdì 10 settembre 2021.**

Il personale che abbia già prodotto la documentazione prevista nel precedente anno scolastico è tenuto a presentare dichiarazione di conferma dei benefici, tramite l'allegato modello, **entro venerdì 10 settembre 2021.**

Il Dirigente Scolastico
Porziana Di Cosola

*Documento informatico firmato digitalmente
ai sensi del D.Lgs 82/2005 s.m.i. e norme collegate*

Resp. proced.
A.A. Di Tullio

Modulo dichiarazione di conferma benefici legge 104

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
del 17° C. D. "Poggiofranco"
Bari

Oggetto: Dichiarazione di conferma dei benefici di cui all'art. 33 legge 104/1992.

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il _____, residente a _____ prov. _____ Via
_____, (qualifica) _____,

DICHIARA

che permangono le condizioni prescritte per beneficiare dei tre giorni mensili retribuiti, previsti dalle legge in oggetto, per assistere il/la proprio/a _____ (padre-madre-figlio-zio, ecc.) sig./sig.ra _____, nato/a il _____ a _____ e residente a _____ in via _____, riconosciuto/a portatore di handicap in situazione di gravità ai sensi dell'art. 33, 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, in data _____.

A tal fine,

DICHIARA

- 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. di _____ di cui all'art. 4 c. 1 della L. 104/92, in data _____.

*Il/La sottoscritto/a, 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.)*

Bari, _____

FIRMA _____