

MODELLO B_DICHIARAZIONE CONFERMA O REVOCA

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO OMNICOMPRESIVO
DI POLLA (SA)

DICHIARAZIONE DI CONFERMA O REVOCA DEI BENEFICI DI CUI ALL'ART. 33, COMMI 3 E 6, LEGGE 104/1992 E SS.MM.II.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ prov.(_____)
residente a _____ prov.(_____)
in servizio presso _____ in qualità di Docente / ATA a tempo
determinato / indeterminato

DICHIARA

Sotto la **propria personale responsabilità** ai sensi degli art.46,47 del DPR 445/2000, **consapevole** che ai sensi dell'art.76 del DPR 445/2000 "Chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso (...) nei casi previsti dal presente TU è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia"

- 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 della persona con disabilità presso istituto specializzato, modifica o revoca della necessità di sostegno elevato, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare).

A tal fine specifica

- Che il familiare con disabilità non è ricoverato a tempo pieno (fatte salve le eccezioni previste dalla normativa vigente);

Per quanto dichiarato

- si fa riferimento alla documentazione già in possesso dell'Amministrazione e ancora in corso di validità;
- si fa riferimento alla documentazione che viene allegata alla presente dichiarazione e cioè

Data _____

Firma
