

Modulo dichiarazione di conferma benefici legge 104

**ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA
DELL'IIS CARAFA-GIUSTINIANI DI
CERRETO SANNITA (BN)**

Oggetto: Conferma richiesta fruizione permessi di cui alla Legge 104/92 art. 3 comma 3 - A.S. 2025/2026

__I__ sottoscritto/a _____
nat_ a _____ (__) il ___/___/___ in servizio presso codesta Istituzione
Scolastica in qualità di _____ con contratto a tempo
indeterminato/determinato, già beneficiari __ della legge 104/92 e stante il perdurare dell'inabilità
dell'assist_ Sig. _____/figli_/marito/moglie/fratello/sorella/suocer_/genero/nuora,
padre/madre/zio,

DICHIARA

che tutta la documentazione relativa al beneficio della fruizione dei permessi di cui alla Legge n°
104/92 e successive modifiche ed integrazioni, a conoscenza degli artt.75 e 76 del DPR 445/2000 e
s.m. è stata consegnata nell'a.s. _____;

sotto la propria responsabilità che la predetta situazione non ha subito variazioni e pertanto chiede di
avvalersi, anche per il corrente anno scolastico, dei tre giorni al mese di congedo per assistere il
proprio congiunto;

che presta assistenza in maniera esclusiva al proprio _____ Sig.
_____ Handicappato grave;

che presta assistenza in maniera alternativa al proprio _____ Sig.
_____ Handicappato grave, con i seguenti familiari,
conviventi, parenti o affini entro il terzo grado:

- Sig. _____ parentela _____
- dipendente pubblico in qualità di _____ presso _____
- Sig. _____ parentela _____
- dipendente pubblico in qualità di _____ presso _____

Modulo dichiarazione di conferma benefici legge 104

*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.)*

DATA _____

FIRMA _____