

**Modulo dichiarazione di conferma benefici legge 104**

**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 **non permangono** le condizioni per beneficiare dei tre giorni mensili retribuiti, previsti dalla legge in oggetto in quanto \_\_\_\_\_

che **permangono** le condizioni prescritte per beneficiare dei tre giorni mensili retribuiti, previsti dalla legge in oggetto, per assistere il/la proprio/a<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ riconosciuto 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.

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.

\_\_\_\_\_  
<sup>1</sup> Specificare: madre/padre/figlio/zio....

*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.)*

Potenza \_\_\_\_\_

FIRMA<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_