

Al Dirigente Scolastico
Liceo *San Benedetto*
Conversano (Ba)

Oggetto: Autocertificazione conferma dei benefici di cui all'art. 33 della Legge n. 104/1992 e s.m.i. – rif. Decreto benefici ex L. n. 104/1992 per l'A.S. 2022/2023.

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____,
(____) il _____, residente in _____ (____) alla Via/Piazza
_____, n. _____ in qualità di _____ presso il Liceo
San Benedetto, con contratto a tempo (*determinato/indeterminato*) _____, già
destinatario di un Decreto relativo ai benefici ex L. n. 104/1992 da parte di codesto Istituto nell'A.S. 2022/2023,
consapevole delle sanzioni penali a cui può andare incontro in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci come
previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e successive modificazioni ed integrazioni,

DICHIARA

(*flaggare la voce che interessa*)

- che permangono le condizioni prescritte per usufruire di tutti i benefici previsti dalla Legge in oggetto, (lavoratore dipendente con disabilità in situazione di gravità ai sensi della vigente normativa);
- che permangono le condizioni prescritte per usufruire di tutti i benefici previsti dalla Legge in oggetto, per assistere il proprio familiare (*indicare il grado di parentela*) sig./ra _____, nato/a il _____ a _____ (____) riconosciuto/a diversamente abile in situazione di gravità ai sensi della vigente normativa).

In riferimento al punto precedente, inoltre,

DICHIARA

- che il soggetto inabile non è ricoverato a tempo pieno;
- di prestare un'assistenza sistematica e continuativa alla persona sopra indicata;
- che la certificazione medica non comporta revisione nell'A.S. 2023/2024.

Infine, lo/la scrivente si impegna a comunicare tempestivamente a codesto Istituto eventuali modificazioni dei dati sopraesposti.

Si allega copia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo e data _____

In fede