ALLEGATO 1

Al Dirigente Scolastico

Liceo Scientifico “F. Severi”

Castellammare di Stabia (NA)

Io sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(prov\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(prov\_\_\_\_\_\_),

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(N°\_\_\_\_\_\_\_),

in servizio presso questa Istituzione Scolastica in qualità di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**consapevole**

* Delle disposizioni contenute nel DPR,445/2000, nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti;
* Delle sanzioni penali previste dall’art. 55 quinquies (comma1 e 2 ) del D.lgs. n° 165/2001

**dichiara sotto la propria responsabilità**

 che continuano a sussistere i requisiti e le condizioni per usufruire dei benefici previsti dall’ art. 33, comma 3 dalla 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 3 dalla 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 dalla legge 104/92 (ricovero a tempo pieno del disabile presso istituto specializzato, modifica o revoca della gravità dell’handicap, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare).

 che dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, l’assistenza del familiare disabile è condivisa con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in servizio presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**a tal fine specifica**

 che il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno

 di prestare una assistenza sistematica e continuativa al familiare disabile

 Di

 che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto disabile.

**per quanto dichiarato**

 si fa riferimento alla documentazione a suo tempo allegata, in possesso della amministrazione e ancora in corso di validità

Castellammare di Stabia, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_