

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/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_, il  
\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via  
\_\_\_\_\_, (qualifica) \_\_\_\_\_,

**DICHIARA**

che permangono le condizioni prescritte per beneficiare dei tre giorni mensili retribuiti, previsti dalle legge in oggetto, per assistere il proprio \_\_\_\_\_ (padre-madre-figlio-zio, per se stesso, ecc.) sig./ra \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_.

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;
- di prestare assistenza in forma esclusiva e pertanto, nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap in alternativa con: \_\_\_\_\_ dipendente presso \_\_\_\_\_
- il familiare disabile è ricoverato a tempo pieno e il sottoscritto fruirà dei permessi unicamente per visite specialistiche/terapie eseguite fuori dalla struttura ospitante debitamente documentate; I ovvero che il disabile è in situazione di gravità per il quale risulta documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte del familiare.

Si fa riferimento alla certificazione precedentemente consegnata e ancora in corso di validità rilasciato dalla commissione medica dell'A.S.L. di \_\_\_\_\_

- con scadenza al \_\_\_\_\_
- senza revisione (4 c. 1 della L. 104/92).

*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.)*

Foggia, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_