

Al Dirigente Scolastico
I.C. n. 8 Ca' Selvatica
Bologna

Oggetto: Autocertificazione beneficiari Legge 104/1992 a. s. 2024/2025 (riconferma).

Il sottoscritt_ _____ nat_ a _____ il
_____, residente in _____, in Via
_____ n.____, codice fiscale _____, e-
mail _____, titolare presso codesto Istituto in qualità di
_____ con contratto a tempo _____,
consapevole delle responsabilità penali previste dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000,
conseguenti alla falsità delle dichiarazioni sostitutive rese ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e
47 del precitato D.P.R. in luogo di certificazioni amministrative e di atti di notorietà e consapevole
che le Amministrazioni Pubbliche sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni e
che, in caso di dichiarazioni difformi o false, può subire una condanna penale e di decadere dagli
eventuali benefici ottenuti, con conseguenziale recupero,

dichiara

1. di essere stato destinatario dei benefici previsti dalla Legge 104/92, così come modificato dalla Legge 53/2000, Legge 183/2010 e dal Decreto Legislativo 119/2011, nel decorso anno scolastico **202_/202_**, come da documentazione già in possesso di codesta Istituzione Scolastica;
2. che nulla è variato rispetto al soggetto disabile;
3. che la persona per la quale viene chiesto il congedo non è in atto ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati;
4. che si obbliga a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni dichiarate con la presente autocertificazione, ed in particolare:
 - il ricovero a tempo pieno della persona disabile in situazione di gravità;
 - la revisione del giudizio di gravità della situazione di handicap da parte della Commissione ASL o comunque la cessazione della validità del riconoscimento dell'handicap in situazione di gravità;
 - le modifiche ai periodi di permesso richiesti (in questo caso si impegna a presentare domanda di modifica che annulla e sostituisce quella consegnata in precedenza);
 - l'utilizzo di permessi da parte di altri familiari per lo stesso disabile in situazione di gravità;
 - l'eventuale decesso del disabile in situazione di gravità.

Chiede

la fruizione dei previsti permessi in misura oraria/tre giorni mensili.

Il sottoscritt_, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo 196/2003 e articoli 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679, presta il suo consenso al trattamento dei dati personali per i fini indicati nella suddetta informativa e per le finalità direttamente connesse e strumentali all'erogazione del servizio offerto con la presente istanza.

Lì, _____

FIRMA
