**Al Dirigente scolastico**

**del Liceo Statale G. Mazzini**

**Sede**

OGGETTO: **DICHIARAZIONE DI PERMANENZA DEI REQUISITI AI FINI DEI BENEFICI DELLA L. 104/92 (art. 33, commi 3 e 6)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a 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 (comma 1 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, della Legge 104/92 per:

 assistere il proprio familiare, di cui si è già data comunicazione;

 la situazione personale, di cui si è già data comunicazione.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci,

**dichiara**

 che non sono mutate le condizioni per cui è stata presentata richiesta ai sensi della Legge n. 104/92 già depositata presso codesto ufficio;

 che il familiare assistito non è ricoverato a tempo pieno, anche in via temporanea, presso istituti specializzati;

 che sussistono i requisiti della continuità e dell’esclusività della richiesta di assistenza al familiare, dovendo assisterlo per le sue necessità ed essendo altresì l’unico soggetto in grado di poter prestare assistenza;

 che all’interno del nucleo familiare non vi sono altri soggetti che prestino assistenza, ovvero che, trattandosi di familiare non convivente, lo stesso non è inserito in un nucleo familiare in cui sono presenti lavoratori che beneficiano degli stessi permessi ovvero soggetti non lavoratori che siano in grado di assisterlo;

 che è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell’impegno morale oltre che giuridico a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;

 che è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l’amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l’effettiva tutela dei disabili;

**si impegna**

a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni, aggiornando la documentazione prodotta a supporto dell’istanza quando ciò si renda necessario, anche a seguito di richiesta dell’Amministrazione.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In Fede

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