

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dell'Istituto Comprensivo

Di Francavilla di Sicilia

OGGETTO: RICHIESTA BENEFICI LEGGE 104/92

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente  
a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_, in servizio  
presso questo Istituto con contratto a Tempo indeterminato, al fine di poter fruire  
dei benefici della Legge 104/92

#### DICHIARA

Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e successive modifiche ed integrazioni, sotto la propria responsabilità, di beneficiare dell'art. \_\_\_\_\_ in quanto portatore di Handicap in situazione di gravità art. 3 Comma 3 riconosciuta con verbale del \_\_\_\_\_.

Il/la sottoscritto/a, 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 inoltre:

- che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sopraesposti (ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituto specializzato, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare ....)

Francavilla di Sicilia, \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

#### ALLEGATI

- Certificato ASL competente, attestante situazione di gravità accertata ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92 (in originale o copia autentica)