Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo F. Gonzaga di Guastalla

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

_l_ 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 consequenziale 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 2023/2024, 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 digravità;
   - 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.

_l_ 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.

Guastalla, _____

_____