



Ministero dell'istruzione, dell'Università e della Ricerca
ISTITUTO COMPRENSIVO "S. Ambrogio"
Via De Nicola, 40 - 20142 MILANO

Circ. n 83

Milano, 7 ottobre 2023

Al Personale Scolastico (Docenti e ATA)
dell'I.C. Sant'Ambrogio
All'Ufficio Segreteria
Al Sito – Sezione Circolari

Oggetto: **Benefici Legge 104/92 – Verifica sussistenza requisiti**

Sulla base della normativa vigente, risulta necessario verificare periodicamente la sussistenza dei requisiti per la fruizione dei benefici di cui all'oggetto.

Il personale destinatario di detti benefici è pertanto invitato a restituire in segreteria del personale (Sig.ra Maria Luisa Basile), debitamente compilato e firmato, il modello di *Dichiarazione Sostitutiva* allegato alla presente, **entro venerdì 13 ottobre p.v.**

Si raccomanda un'attenta lettura della normativa inerente l'oggetto ed una corretta e fedele compilazione del modello di autodichiarazione allegato anche in considerazione delle sanzioni penali previste per il rilascio di dichiarazioni mendaci.

Il Dirigente Scolastico
(Milca Fiorella Granese)

Tel. 02/884 47052 – Fax. 02/884 47053
Indirizzo mail: miic8dy00c@istruzione.it – miic8dy00c@pec.istruzione.it





Ministero dell'istruzione, dell'Università e della Ricerca
ISTITUTO COMPRENSIVO "S. Ambrogio"
Via De Nicola, 40 - 20142 MILANO

**Al Dirigente Scolastico
I.C. Sant'Ambrogio - Milano**

Oggetto: DICHIARAZIONE SUSSISTENZA REQUISITI L. 104/92

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il _____
residente a _____ via _____
in servizio presso l'I.C. "SANT'AMBROGIO" in qualità di _____
a tempo indeterminato / determinato

DICHIARA

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

di confermare la sussistenza, alla data odierna, di tutti i requisiti relativi alla normativa prevista dalla Legge 104/92, ovvero:

- che il Signor _____, residente a _____, in via _____, domiciliato _____ è in stato di handicap in situazione di gravità accertata dalla Commissione (art. 4, comma 1 Legge 104/1992) di _____
- di essere nella seguente relazione di parentela con la persona disabile in situazione di gravità (*padre, madre, fratello, sorella, figlio, coniuge, parente entro il secondo grado, affine entro il secondo grado*) _____:
- di essere parente o affine di terzo grado (*specificare il rapporto di parentela. Esempio: zio, nipote*) _____ del disabile in situazione di gravità, ma che sussistono le seguenti condizioni per accedere ai benefici di legge (*coniuge o genitori della persona da assistere che abbiano compiuto i sessantacinque anni di età oppure siano anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti*) _____

Tel. 02/884 47052 – Fax. 02/884 47053

Indirizzo mail: miic8dy00c@istruzione.it – miic8dy00c@pec.istruzione.it





Ministero dell'istruzione, dell'Università e della Ricerca
ISTITUTO COMPRENSIVO "S. Ambrogio"
Via De Nicola, 40 - 20142 MILANO

- che la persona disabile in situazione di gravità non è ricoverata a tempo pieno

Il/La sottoscritt__ si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni sopra dichiarate (a titolo di esempio: ricovero a tempo pieno del portatore di handicap, revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL, ...)

Data, _____

Firma

I.C. S. AMBROGIO

Tel. 02/884 47052 – Fax. 02/884 47053

Indirizzo mail: miic8dy00c@istruzione.it – miic8dy00c@pec.istruzione.it

