



ISTITUTO COMPRENSIVO "S. Ambrogio"
Via De Nicola, 40 - 20142 MILANO

Circ. 89

Milano, 12 ottobre 2024

Al Personale Scolastico (Docenti e ATA)
dell'I.C. Sant'Ambrogio
All'Ufficio Segreteria
Al DSGA
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 trasmettere via mail all'indirizzo MIIC8DY00C@ISTRUZIONE.IT (all'attenzione della Sig.ra Maria Luisa Basile), debitamente compilato e firmato, il modello di Dichiarazione Sostitutiva allegato alla presente, entro venerdì 18 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.

L'Ufficio di Segreteria provvederà al controllo della veridicità di tutte le autodichiarazioni rese ai sensi dell'art.72 del D.P.R.445/2000.

Il Dirigente Scolastico
(Milca Fiorella Granese)

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





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) _____

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

Tel. 02/884 47052 – Fax. 02/884 47053

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





ISTITUTO COMPRENSIVO "S. Ambrogio"
Via De Nicola, 40 - 20142 MILANO

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



SCUOLE
aperte