

**RINNOVO RICHIESTA
DI ACCESSO AI PERMESSI PER ASSISTENZA AD UN FAMILIARE DISABILE
(LEGGE 104/1992 ART.33 COMMA 3)**

____lla/o sottoscritta/o _____ nata/o a _____
il _____ DOCENTE/PERSONALE ATA a tempo determinato/indeterminato del 4° circolo didattico di Acerra
(NA) già detentore dei benefici previsti:dall'art. 33 comma 3 della legge 104/92 per il proprio familiare
_____ nata/o a _____ il _____

grado di parentela : _____,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi delle disposizioni contenute nel DPR n. 445 del 28/12/2000

come integrato dall'art. 15 della legge 16 gennaio 2003, relativo alle dichiarazioni mendaci,

che nel corrente anno scolastico 2018/2019 non esiste alcuna variazione al beneficio di cui sopra;

- che la certificazione è: **NON E' RIVEDIBILE.**
- **che la certificazione è: RIVEDIBILE IL _____**

- che restano **IMMUTATE** tutte le condizioni, già dichiarate nella richiesta relativa all'anno 2019/2020, assunta al prot. n. _____ fp del _____ in base alle quali è stato concesso *l'accesso ai benefici dell'art. 33 comma 3 della legge n. 104/1992*
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno), e il rinnovo annuale previsto dalla normativa vigente
- nessun altro parente o affine entro il 3° beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;

ACERRA,

Firma _____