



**ISTITUTO COMPRENSIVO CAPACCIO CAPOLUOGO
COSTABILE CARDUCCI**

Codice Ministeriale: SAIC8AY00L – Codice Fiscale: 90021760658
Piazza Orologio, 12 - 84047 CAPACCIO (SA) – Tel/Fax 0828.821040
E-mail: SAIC8AY00L@ISTRUZIONE.IT - capaccioprimo@libero.it
PEC: SAIC8AY00L@PEC.ISTRUZIONE.IT WEB: www.iccapacciocapoluogo.gov.it

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

ISTITUTO COMPRENSIVO CAPACCIO CAPOLUOGO

Oggetto: DICHIARAZIONE SUSSISTENZA REQUISITI L. 104/92

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ () il _____

residente a _____ Via _____

in servizio presso l' ISTITUTO COMPRENSIVO CAPACCIO CAPOLUOGO .in qualità di DOCENTE/ATA

a tempo indeterminato / determinato – classe di concorso _____

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 così come risultante dalla documentazione già depositata agli atti dell'Istituto Comprensivo Capaccio Capoluogo;

di aver diritto a fruire dei benefici previsti dalla Legge 104/92 art. 33 comma _____

per sé medesimo

per assistere, in maniera continuativa ed esclusiva, il proprio familiare.

Sig _____

residente a _____ domiciliato a _____

legato da rapporto di coniugio / parentela _____

non ricoverato/ricoverato presso istituti specializzati _____



ISTITUTO COMPRENSIVO CAPACCIO CAPOLUOGO COSTABILE CARDUCCI

Codice Ministeriale: SAIC8AY00L – Codice Fiscale: 90021760658
Piazza Orologio, 12 - 84047 CAPACCIO (SA) – Tel/Fax 0828.821040
E-mail: SAIC8AY00L@ISTRUZIONE.IT - capaccioprimo@libero.it
PEC: SAIC8AY00L@PEC.ISTRUZIONE.IT WEB: www.iccapacciocapoluogo.gov.it

essendo l'unica persona in grado di prestare assistenza in quanto _____

(si allega dichiarazione dei familiari di non assistenza)

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, etc...)

Data, _____

Firma