ALLEGATO 1 ALLA CIRCOLARE N. 031

DICHIARAZIONE DI CONFERMA, VARIAZIONE O CESSAZIONE DEI BENEFICI EX ART. 33, COMMI 3 E 6, LEGGE 104/1992

Alla Dirigente Scolastica dell'IIS Palazzolo Acreide

Il/La sottoscritto/a

_____

nato/a a _____ il _____/_____/_____, in servizio presso questa Istituzione in qualità di ☐ Docente ☐ ATA,

consapevole delle responsabilità previste dal D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni non veritiere,

DICHIARA

con riferimento ai benefici già riconosciuti:

☐ ART. 33, COMMA 6 – propria situazione personale: continuano a sussistere i requisiti e le condizioni per la fruizione dei benefici

☐ ART. 33, COMMA 3 – assistenza ad altra persona: continuano a sussistere i requisiti e le condizioni per la fruizione dei benefici

☐ sono intervenute variazioni rilevanti, di seguito specificate

☐ dal _____/_____/_____ sono cessati i presupposti per la fruizione del beneficio.

Per i benefici ex art. 33, comma 3

Persona assistita: Cognome e nome

_____

C.F. _____

Dichiara inoltre:

☐ la persona assistita non è ricoverata a tempo pieno, salvo eventuale situazione rientrante nelle eccezioni previste dalla normativa;

☐ non risultano altri beneficiari dei permessi per la stessa persona;

☐ risultano altri beneficiari dei permessi per la stessa persona, con fruizione alternativa nel limite complessivo di tre giorni mensili;

Ministero dell' Istruzione
Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia

Istituto Istruzione Superiore Palazzolo Acreide

Liceo delle Scienze Umane • Liceo Linguistico • Liceo Classico • Liceo Artistico • Tec. Industriale • Prof. Agrario • Prof. Alberghiero

PALAZZOLO ACREIDE

Via A. Uccello, s.n.c.
96010
Palazzolo Acreide (SR)

Tel. 0931 882325
Fax 0931 876494

sris003005@istruzione.gov.it
sris003005@pec.istruzione.it
polivalentepalazzolo.edu.it

Cod. Min. SRIS003005
P. Iva/C.F. 93034000898
Cod. Univoco UFAGLK

Eventuali altri beneficiari / variazioni:

_____

_____

Revisione / aggiornamento della documentazione

Il verbale/certificazione agli atti è:

☐ non soggetto a revisione

☐ ancora valido con revisione prevista il _____/_____/_____

☐ aggiornato/revisionato e allegato alla presente.

Ulteriori variazioni da comunicare:

_____

_____

Il/La sottoscritto/a conferma che, salvo quanto sopra dichiarato, la documentazione già acquisita dall'Istituto è ancora valida e si impegna a comunicare tempestivamente ogni successiva variazione.

Documentazione allegata, se necessaria:

_____

_____

Informativa privacy: i dati personali e le informazioni relative alla disabilità sono trattati esclusivamente per le finalità connesse alla gestione del rapporto di lavoro e dei benefici richiesti, nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii.

Luogo e data _____

Firma _____