

**DICHIARAZIONE PERSONALE PER LA DETERMINAZIONE DEI BENEFICI  
DI CUI ALLA LEGGE 104/92 PER ASSISTENZA AL FIGLIO**

Al Dirigente Scolastico

SEDE

\_l\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Titolare (qualifica/classe di concorso/sostegno \_\_\_\_\_)

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, a norma delle disposizioni contenute nel DPR n. 445 del 28-12-2000 e s.m.i., i seguenti **benefici di cui alla legge 104/92 in base all'art 13/1 punto IV** del CCNI sulla mobilità:

- Di essere il/la PADRE/MADRE di

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nat\_a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_

- Che il proprio figlio risulta portatore di handicap grave come previsto dall'art. 33 commi 5 e 7 della Legge 104/92 con carattere permanente (oppure **rivedibile al \_\_\_\_\_**); come da documentazione allegata.
- Che il proprio figlio non è ricoverato permanentemente in alcun istituto di cura e necessita di assistenza continuativa che può essere assicurata esclusivamente dal/dalla sottoscritto/a.
- Di impegnarsi, nel caso vengano meno le condizioni per usufruire della precedenza di cui all'art.33 commi 5 e 7, a comunicarlo all' A.T.P., 10 giorni prima del termine ultimo di comunicazione al SIDI delle domande.

Oristano, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_