

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "Santo Calì"
di Linguaglossa

OGGETTO: CONFERMA BENEFICI LEGGE 104/92.

Il/La sottoscritto/a

in servizio nel plesso in qualità di

nato/a il

figlio/a - fratello/sorella, coniuge, altro

del/della Sig.

nato/a il disabile in situazione di gravità;

lavoratore con handicap in situazione di gravità;

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR 445/2000, così come modificato ed integrato dall'art. 15 della Legge 16 gennaio 2003 n. 3

Che niente è cambiato nella situazione del disabile suindicato rispetto al momento di presentazione della domanda di fruizione dei permessi previsti dalla Legge 104/92 e che i documenti si trovano depositati presso codesto ufficio.

Linguaglossa, _____

FIRMA

N.B. In particolare dovrà essere data comunicazione di:

- Eventuali rettifiche sul giudizio di gravità dell'handicap da parte della A.S.L.
- Variazioni nella condizione dell'handicappato (ad es. eventuale ricovero a tempo pieno presso strutture attrezzate);
- Variazioni dei requisiti di continuità ed esclusività;
- Modifiche di modalità di fruizione dei permessi;
- Eventuali variazioni del part-time;
- Eventuale nuovo programma di assistenza.