



**AUTOCERTIFICAZIONE PER UTILIZZO 104/92**

**Mod. AP 21b**

Pagina 1 di 1

Al Dirigente Scolastico

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ in servizio presso codesto Istituto in qualità di \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 26 della legge 15/1968, richiamato dall'art. 6, comma 2, del D.P.R. 403/98

**DICHIARA**

- di essere ...l... sol... ad utilizzare i benefici previsti dall'art. 33 della legge 104/92 nei confronti del seguente portatore di handicap ..... e che lo stesso è assistito in maniera continuativa solo della sua persona
- che il predetto portatore di handicap è tuttora in vita e non è mai stato ricoverato a tempo pieno presso alcuna struttura dalla data di richiesta dei predetti benefici
- di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza
- di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazione comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione delle agevolazioni.

Data: \_\_\_\_\_

Firma del Dichiarante

\_\_\_\_\_