



ISTITUTO COMPRENSIVO "CALCEDONIA- SAN TOMMASO D'AQUINO" di SALERNO

Via Andrea Guglielmini, n.23 - 84134 SALERNO Tel.089- 792310 fax 089-799631 SALERNO – C.F.: 95201640653

C.M.: SAIC8CH00T Distretto 50 e-mail: saic8ch00t@istruzione.it PEC: saic8ch00t@pec.istruzione.it sito web: www.icscuolacalcedoniasalerno.gov.it

Allegato 2

Dichiarazione di conferma dei benefici di cui all'art. 33 legge 104/1992, l. 53/2000, D.L.vo 151/2001, Circolare INPS n. 90 del 23-05-07.

Alla Dirigente Scolastica
dell'Istituto Comprensivo Statale
"Calcedonia – San Tommaso D'Aquino"

Il/la sottoscritt _____ nat_ il _____

a _____ (prov. _____), in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di

- Docente a tempo indeterminato a tempo determinato
- Collaboratore scolastico a tempo indeterminato a tempo determinato
- Assistente Amministrativo a tempo indeterminato a tempo determinato

DICHIARA

che permangono le condizioni prescritte per beneficiare dei tre giorni mensili retribuiti, previsti dalla legge in oggetto in quanto riconosciuto/a portatore di handicap in situazione di gravità ai sensi dell'art. 33, c. 3 della legge 104/1992, da parte della competente commissione medica dell'A.S.L. di _____ di cui all'art. 4 c. 1 della L. 104/92.

Si fa riferimento alla seguente certificazione precedentemente allegata ancora in corso di validità:

certificato rilasciato dalla commissione medica dell'A.S.L. di _____ con scadenza _____ senza revisione (4 c. 1 della L. 104/92).

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Salerno, _____

Per presa visione