

AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritt _____, nat_ a _____
_____ il _____ residente a _____
Via _____ n° ____ cap _____ in servizio presso la Direzione Didattica
2° Circolo di Poggiomarino in qualità di _____

PREMESSO CHE

fruisce dei permessi retribuiti mensili, ai sensi dell'art. 33 della Legge 104/92 modificato dagli artt. 19 e 20 della Legge 53/2000, **per se stess_** già riconosciuto portatore di handicap grave, come da verbale della Commissione Medica per l'accertamento dell'handicap dell'ASL _____ di _____ già agli atti di codesta scuola ed allegato al provvedimento di autorizzazione n. _____ del _____.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del predetto D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità:

DICHIARA CHE

- permangono tutti i requisiti previsti dalla normativa vigente che disciplina le norme in materia di permessi retribuiti ai sensi della Legge 104/92 e s.m.i.;
- in atto persiste lo stato di gravità dell'handicap e che il Verbale di Accertamento della Legge 104/92 della Commissione Medica Competente non ha subito variazioni né è stato revocato;
- che alla data odierna non sono intervenute variazioni della situazione di fatto e di diritto e che si impegna a comunicare tempestivamente ogni rettifica che comporti il venir meno della titolarità del predetto beneficio.

Il / La sottoscritt_ **dichiara** di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione **esclusivamente nell'ambito e per fini istituzionali propri** della Pubblica Amministrazione **autorizzandone al relativo trattamento**, anche mediante l'utilizzo di strumenti informatici, ai sensi del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196 "*Codice in materia di protezione dei dati personali*" e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

_____ lì _____

Firme (leggibile) del genitore
