



Ministero della Pubblica Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
Indirizzo Professionale Statale Servizi per l'Enogastronomia e l'Ospitalità Alberghiera  
Indirizzo Professionale Statale Agrario "Servizi per l'Agricoltura, lo sviluppo rurale,  
la valorizzazione dei prodotti del territorio e gestione delle risorse forestali e montane".

**I.P.S.S.E.O.A. - "Raffaele Viviani"**

Cod. Fiscale 90039480638 -Cod. mecc. NARH09000Q -C/C postale 22564801

**Corso Serale per adulti** Indirizzo Professionale Statale

Servizi per l'Enogastronomia e l'Ospitalità Alberghiera - Cod. mecc. NARH090505

PEC: [NARH09000Q@PEC.ISTRUZIONE.IT](mailto:NARH09000Q@PEC.ISTRUZIONE.IT); E-mail: NARH09000Q@ISTRUZIONE.IT

Tel. 081 8714116- 081 8713843-Direzione:081 8716830 Fax: 081 0112257 - **Castellammare di Stabia (NA)**

**Sede Centrale:** Via Annunziatella, 23; **Plesso OIERMO:** Traversa Varo, via Annunziatella n°25

**Rovigliano,** via Cantieri Metallurgici - tel./fax 081 8700890 – 081818237 – CAP: 80053

**Agerola (NA):** Cod. Mecc: NARH09002T

**Sede Coordinata:** via Mulino n°3, tel./fax 081 8731681-**Plesso:** via Sariani c/o I.C. "DE NICOLA" di Agerola

**Sito internet:** <http://www.alberghieroviviani.edu.it>

I.P.S.S.E.O.A. - "RAFFAELE VIVIANI"  
CASTELLAMMARE DI STABIA (NA)  
Prot. 0007174 del 05/11/2021  
07 (Uscita)

**A tutto il personale Docente ed ATA**

**Oggetto: conferma dei requisiti per usufruire dei permessi di cui all'art. 33 della Legge 104/92**

Si richiede a tutti coloro che beneficiano dei permessi di cui all'art. 33 comma 3 e 6 Legge 104/92 di restituire il modello allegato entro e non oltre il 30 novembre 2021.

Castellammare di Stabia (NA) lì 05.11.2021

*Firmato digitalmente*  
Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Giuseppina Principe

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

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_, il  
\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via  
\_\_\_\_\_, in servizio presso questa Istituzione Scolastica in qualità di  
\_\_\_\_\_.

**DICHIARA**

- che continuano a sussistere i requisiti e le condizioni per usufruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 3, della Legge 104/92 per il proprio familiare.
- che continuano a sussistere i requisiti e le condizioni per usufruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 6, della Legge 104/92 per la propria persona.

**Ovvero**

che dal \_\_\_\_\_ sono venuti meno i presupposti per continuare ad usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 Legge 104/92.

**A tal fine specifica:**

- che il soggetto inabile non è ricoverato a tempo pieno;
- di prestare un'assistenza sistematica e continuativa alla persona sopra indicata;
- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap;

**Per quanto dichiarato**

- si fa riferimento alla documentazione a suo tempo allegata, in possesso della amministrazione e ancora in corso di validità
- si fa riferimento alla documentazione che viene allegata alla presente dichiarazione (specificare)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, ed a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell'Amministrazione, **dichiara** che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità e s'impegna a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sopraesposti (ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituto specializzato, modifica o revoca della gravità dell'handicap, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare, ecc.)*

**Luogo e data**

**FIRMA**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_