**ALLEGATO 1: RICONFERMA**

Al Dirigente Scolastico

del Liceo Scientifico e Linguistico “Guglielmo Marconi”

Prof.ssa Rita Cambula

**Oggetto: Autocertificazione beneficiari Legge 104/1992 a. s. 2025/2026 (riconferma).**

\_l\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, titolare presso codesto Istituto in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con contratto a tempo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, consapevoledelle responsabilità penalipreviste dall’articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, conseguenti alla falsità delle dichiarazioni sostitutive rese ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del precitato D.P.R. in luogo di certificazioni amministrative e di atti di notorietà e consapevole che le Amministrazioni Pubbliche sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni difformi o false, può subire una condanna penale e di decadere dagli eventuali benefici ottenuti, con consequenziale recupero,

***dichiara***

1. di essere stato destinatario dei benefici previsti dalla Legge 104/92, così come modificato dalla Legge 53/2000, Legge 183/2010 e dal Decreto Legislativo 119/2011, nel decorso anno scolastico 202\_/202\_, come da documentazione già in possesso di codesta Istituzione Scolastica;
2. che nulla è variato rispetto al soggetto disabile;
3. che la persona per la quale viene chiesto il congedo non è in atto ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati;
4. che si obbliga a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni dichiarate con la presente autocertificazione, ed in particolare:

* il ricovero a tempo pieno della persona disabile in situazione di gravità;
* la revisione del giudizio di gravità della situazione di handicap da parte della Commissione ASL o comunque la cessazione della validità del riconoscimento dell‘handicap in situazione di gravità;
* le modifiche ai periodi di permesso richiesti (in questo caso si impegna a presentare domanda di modifica che annulla e sostituisce quella consegnata in precedenza);
* l’utilizzo di permessi da parte di altri familiari per lo stesso disabile in situazione di gravità;
* l’eventuale decesso del disabile in situazione di gravità.

***chiede***

la fruizione dei previsti permessi in misura oraria/tre giorni mensili.

Il /La sottoscritto/a, 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.

l\_ sottoscritt\_, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell’articolo 13 del Decreto Legislativo 196/2003 e articoli 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679, presta il suo consenso al trattamento dei dati personali per i fini indicati nella suddetta informativa e per le finalità direttamente connesse e strumentali all’erogazione del servizio offerto con la presente istanza. Il personale del Liceo Marconi di Sassari che tratterà i dati è incaricato e procederà al trattamento per le finalità per cui sono stati rilasciati e nel rispetto del Regolamento europeo 679/2016.

Sassari, Firma