

Al Dirigente Scolastico
I.T.T.S. "G. MARCONI"
FORLÌ

Oggetto: Conferma beneficio di cui all'art. 33 della L. 104/92 – come modificato/integrato dagli artt. 19 e 20 della L. n. 53/2000 e dal D.L.vo n. 119/2011.
(Assistenza/Beneficio portatore di Handicap)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____

in servizio presso questo Istituto in qualità di Docente AA CS AT

con contratto a tempo indeterminato determinato

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 come modificato ed integrato dall'art. 15 della L. 3/2003 e dall'art. 15 c. 1 della L. 183/2011,

CHE, rispetto all'anno precedente, per l'a.s. 2020/21 non sono intervenute variazioni ai fini della fruizione dei benefici e dei permessi di cui all'art. 33 della L. 104/92, così come modificata ed integrata dagli artt. 19 e 20 della L. n. 53/2000 e dal D. L.vo n. 119/2011.

Forlì, _____

In fede
