

Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo  
GAVOI

\_l\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_  
Docente / personale ATA \_\_\_\_\_ a tempo indeterminato / determinato  
presso l'Istituto Comprensivo di GAVOI, con sede \_\_\_\_\_  
titolare per l'anno scol. \_\_\_\_\_ dei benefici previsti:  
( ) dall'art. 33 comma 3 della legge 104/92 per il proprio familiare \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(cognome e nome)  
( ) dall'art. 21 della legge 104/92

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, ai sensi delle disposizioni contenute nel DPR n. 445 de l 28/12/2000  
come integrato dall'art. 15 della legge 16 gennaio 2003, che  
nell'anno scolastico \_\_\_\_\_

non esiste alcuna variazione al beneficio di cui sopra;

che la certificazione è:

permanente

ha scadenza \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
data

\_\_\_\_\_  
firma