



**DICHIARAZIONE ANNUALE DI CONFERMA DEL BENEFICIO DEI PERMESSI  
RETRIBUITI MENSILI AI SENSI DELL'ART.33 COMMA 3 E COMMA 6 DELLA  
LEGGE 104/92 e ss.mm.ii.**

Il/La sottoscritto/a.....dipendente matricola.....  
n.....qualifica.....in.....servizio  
presso.....

e-mail .....cell.....

**Consapevole**

- ❖ delle disposizioni contenute nel DPR 445/2000, nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti;
- ❖ delle sanzioni penali previste dall'art. 55 quinquies (commi 1 e 2) del D.lgs 165/2001;

**DICHIARA**

**Che continuano a sussistere i requisiti e le condizioni per poter fruire dei benefici indicati :**

Permessi retribuiti mensili L.104/92 per assistenza familiare (entro II° ed in casi specifici III°)

Permessi retribuiti mensili L.104/92 per se stessi

**In quanto :**

per il familiare disabile Sig..... nato il .....  
grado di parentela del dipendente:(es. genitore, coniuge, figlio ect.) .....  
ad oggi continuano a sussistere le condizioni che hanno determinato il riconoscimento di  
disabilitàhandicap con connotazione di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 L.104/92 e ss.mm.ii.;

per se stesso continuano a sussistere le condizioni che hanno determinato il riconoscimento di  
disabilità-handicap con connotazione di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 L.104/92 e ss.mm.ii.;   
il riconoscimento del beneficio è stato attestato con Verbale/Sentenza senza scadenza (Non  
Rivedibile);

il riconoscimento del beneficio è stato attestato con Verbale Rivedibile a.....(mese e  
anno);

è in attesa di convocazione a visita medico-collegiale ASL/INPS, a tutt'oggi ancora non pervenuta;

è in attesa di visita medico-collegiale ASL/INPS prevista per il giorno .....

è in attesa del verbale relativo all'accertamento effettuato il giorno .....

il suddetto familiare a tutt'oggi non è ricoverato presso Istituti di Ricovero a tempo pieno e che qualora dovesse verificarsi tale condizione è consapevole che dovrà farlo presente all'Amministrazione;

ha ricevuto la lettera dall'INPS, in data..... con invito ad allegare la propria documentazione sanitaria tramite il servizio "*Allegazione documentazione sanitaria invalidità*" (messaggio INPS n. 92625/022022 ).

il sottoscritto a tutt'oggi è l'unico familiare che fruisce del beneficio per assistere il familiare disabile citato;

il sottoscritto fruisce dei permessi in alternanza con altro familiare lavoratore;

il sottoscritto si impegna a comunicare ogni eventuale fatto che possa interessare la fruizione del beneficio, consapevole che in assenza dei requisiti previsti dalla normativa vigente ne decade il diritto.

Data .....

Firma \_\_\_\_\_