AL DIRIGENTE SCOLASTICO

DELL’ISTITUTO COMPRENSIVO

FROSINONE II

03100 FROSINONE (FR)

OGGETTO: Richiesta benefici legge 104/92 - CONFERMA

\_ l\_ sottoscritt\_…………………………………………………

in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di

…………………………………… chiede di poter usufruire dei

benefici delle Legge 104/92 per l’a.s. 2021/22, per cui

DICHIARA

Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n.445 del 28/12/2000 e successive modifiche ed integrazioni, sotto la propria responsabilità, che anche per l’a.s. 2021/22 persistono le condizioni per usufruire della L. 104/92 in quanto le condizioni sono rimaste invariate.

Si allega verbale commissione medica INPS aggiornato.

FROSINONE , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Con Osservanza

 ………………………………

VISTO: NON/SI AUTORIZZA

 IL DIRIGENTE SCOLASTICO

 (Prof.ssa Mara BUFALINI)