



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RINNOVO BENEFICI L. 104/92 ANNO**  
**Art. 46 D.P.R. 445/2000**

REGIONE SICILIANA  
ASSESSORATO REGIONALE DELLE AUTONOMIE LOCALI  
E DELLA FUNZIONE PUBBLICA

DIPARTIMENTO REGIONALE DELLA FUNZIONE  
PUBBLICA E DEL PERSONALE  
giuridicoindeterminato.fp@regione.sicilia.it

per il tramite

SPAZIO  
RISERVATO AL  
PROTOCOLLO

Protocollo numero

Data protocollo

DATI DEL  
RICHIEDENTE

Cognome

Nome

Comune

Provincia sigla

Residenza  
anagrafica

Via / Piazza

Numero civico C. a. p.

Recapito posta elettronica personale

Recapito telefono fisso

Recapito cellulare

SEDE DI SERVIZIO  
E RUOLO

Assessorato

Dipartimento / Ufficio speciale

Area/Servizio/Ufficio

Ruolo

DICHIARAZIONE

**DICHIARA**

consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione non veritiera, di formazione e di uso di atti falsi, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

di fruire dei benefici di cui alla Legge n. 104 del 5 febbraio 1992 ai sensi dell'art. 33 - modificato con D. Lgs. 18 luglio 2011, n. 119 art. 6

comma 6

comma 3

(nome dell'assistito)

(grado di parentela)

che hai fini del rinnovo dell'autorizzazione a fruire dei benefici di cui alla Legge n. 104 del 5 febbraio 1002, rilasciata in data \_\_\_\_\_ prot. n. \_\_\_\_\_ i requisiti richiesti ai fini della legittima fruizione, non sono mutati, e che pertanto si ribadisce quanto dichiarato in sede di ultimo rilascio.

di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

con contratto a tempo indeterminato

tempo parziale

tempo pieno

SOTTOSCRIZIONE

Luogo

Data

Firma