

Al Dirigente Scolastico
del Liceo Scientifico
Salvemini
Sorrento

**DICHIARAZIONE DI
PERMANENZA/ DECADENZA DEI REQUISITI
LEGGE 104/92**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
(Prov. _____) il ____/____/____ Codice Fiscale _____
residente a _____ (Prov. _____) in via _____
CAP _____, docente a tempo ☐ determinato ☐ indeterminato presso codesto Istituto per
la Classe di Concorso _____,

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità, ai sensi delle norme vigenti:

☐ la decadenza della propria condizione di beneficiario/a della Legge 104/92.

☐ che la propria posizione personale di beneficiario/a della Legge 104/92 è invariata.

Permane, pertanto, la condizione di diritto come da documentazione già depositata agli atti
dell'Amministrazione.

Sorrento, _____

In Fede
