

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. n. 445/2000)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

IO SOTTOSCRITTO

Cognome _____
(per le donne indicare il cognome da nubile)

nome _____ codice fiscale _____

nato a _____ (provincia _____) il _____

attualmente residente a _____ (provincia _____)

indirizzo _____ c.a.p. _____ telefono n. _____

consapevole che le ipotesi di falsità in atti e le dichiarazioni mendaci sono punite dal codice penale e delle leggi speciali in materia,

DICHIARO

Di richiedere le agevolazioni previste dal comma 3, art. 33 della Legge 104/92 per:

- Cognome: _____ Nome: _____

- Sesso: ☐ Maschio ☐ Femmina

- Luogo di nascita:

Nazione: _____

Provincia: _____ Comune: _____

-Data di Nascita: _____

- Codice Fiscale: _____

- Residenza:

Provincia: _____ Comune: _____

- Tipo disabilità: ☐ Non Rivedibile ☐ Rivedibile Data Revisione _____

Parentela:

☐ Genitore ☐ Coniuge ☐ Figlio ☐ Parente o affine fino al II Grado

☐ Parente o affine del III grado (solo se sussiste una delle seguenti condizioni):

☐ Coniuge della persona disabile con età superiore a 65 anni

☐ Genitori della persona disabile con età superiore a 65 anni

☐ Coniuge affetto da patologia invalidante

☐ Genitori affetti da patologia invalidante

☐ Coniuge deceduto o mancante

☐ Genitori deceduti o mancanti

- se l'assistito è un figlio indicare se:

la fruizione è alternativa con:

- ☐ Genitore ☐ Coniuge ☐ Parente o affine fino al II Grado
☐ Parente o affine fino al III Grado

- motivazione ai sensi dell'art. 33, comma 3, l. n. 104 del 1992 e s.m.i.

- ☐ Coniuge della persona con handicap con età superiore a 65 anni
☐ Genitori della persona con handicap con età superiore a 65 anni
☐ Coniuge affetto da patologia invalidante
☐ Genitori affetti da patologia invalidante
☐ Coniuge deceduto o mancante
☐ Genitori deceduti o mancanti

- l'altro genitore o parente o affine è dipendente pubblico SI ☐ NO ☐

se si quale amministrazione: _____

-L'assistito è dipendente pubblico: SI ☐ NO ☐

se dipendente pubblico indicare:

tipo rapporto/contratto: ☐ Tempo indeterminato ☐ Tempo determinato

Amministrazione: _____

DICHIARO ALTRESI'

- che l'assistito non è ricoverato a tempo pieno;

- di prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale ho richiesto le agevolazioni di cui al comma 3, art. 33 della Legge 104/92 e successive modifiche ed integrazioni;

- di essere consapevole che il diritto alla fruizione dei permessi *"non può essere riconosciuto a più di un lavoratore dipendente per l'assistenza alla stessa persona con handicap in situazione di gravità"*,

-di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;

- di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;

- di impegnarmi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Luogo e data _____

Il dichiarante
