

**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 disabili  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 della 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 sì quale amministrazione: \_\_\_\_\_

-L'assistito è dipendente pubblico:   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 consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il dichiarante

\_\_\_\_\_