DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46- 47 D.P.R. n. 445/2000)

IO SOTTOSCRITTO

Cognome

(per le donne indicare i1 cognome da nubile)

nome codice fiscale

nato a (provincia ) i1

attualmente residente a

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 da1 comma 3, art. 33 della Legge 104/92 per:

* Cognome: Nome:

* Sesso: Maschio
* Luogo di nascita:

 Femmina

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 grad o

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

 Coniuge della persona disabile con età superiore a 65 a

 Genitori della persona disabile con età superiore a 65 ann

 Coniuge affetto da patologia invalidante

 Genitori affetti da patologia invalidan O Coniuge deceduto o mancante

 Genitori deceduti o mancanti

* se l’assistito é un figlio indicare se:

la fruizione è alterativa con:

Genitore Coniuge Parente o affine fino al II Grado

O

Parente o affine fino al III Grado

* motivazione ai sensi dell’art. 33, comma 3, 1. 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

* 1'altro genitore o parente o affine è dipendente pubblico SI / NO

se si quale amministrazione:

-L'assistito è dipendente pubblico SI NO

O

 se dipendente pubblico indicare:

tipo rapporto/contratto Tempo indeterminato Tempo determinato Amministrazione:

**DICHIARO ALTRESI’**

* Di aver/non aver fruito delle seguenti agevolazioni:

Incarico a T.D. – Trasferimento – Utilizzazione – Assegnazione nell’anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* che 1’assistito non è ricoverato a tempo pieno;
* di prestare assistenza nei confronti de1 disabile per i1 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 i1 diritto alla fruizione dei permessi *”non può essere riconosciuto* a *pù di un lavoratore dipendente per l’assistenza alla stessa persona con handicap in* situazione *di gra* vità ”,

-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