

**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 \_\_\_\_\_  
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, a11. 33 della Legge 104/92 PER :

**COGNOME :** \_\_\_\_\_ **NOME :** \_\_\_\_\_

Sesso       Maschio       Femmina

**Luogo di nascita:** Comune: \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

**Data di Nascita:** \_\_\_\_\_

**Codice Fiscale:** \_\_\_\_\_

**RESIDENZA :** Comune \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

**SI ALLEGA COPIA CARTA IDENTITA' DEL DISABILE**

- Tipo disabilità Non Rivedibile \_
- Rivedibile Data Revisione \_\_\_\_\_

**PARENTELA :**

GENITORE

CONIUGE FIGLIO

PARENTE O AFFINE II° GRADO GRR

## 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

---