

ALLEGATO N. 3

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETA' PER FRUIZIONE DEI BENEFICI DELLA LEGGE 104/92

Il sottoscritto.....

nato/a a (prov.)

il..... CF.....

e residente a , in servizio presso

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, consapevole che soltanto un lavoratore può fruire dei permessi per l'assistenza alla stessa persona disabile in situazione di gravità,

DICHIARA

di esserel.... sol... ad utilizzare i benefici previsti dall'art.33 della Legge 104/92 nei confronti del seguente portatore di handicape che lo stesso è assistito in maniera sistematica ed adeguata;

oppure

che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori (si allega dichiarazione di responsabilità dell'altro genitore);

che non vi sono parenti ed affini entro il 3° grado non lavoratori che possano fornire assistenza alla persona sopra indicata;

che i seguenti parenti o affini entro il 3° grado, non possono fornire assistenza alla persona sopra indicata, ancorché non lavoratori, per i motivi indicati a fianco di ciascun nominativo:

Cognome e Nome _____ Grado di parentela _____

Data di nascita _____ Residente a _____ non può fornire assistenza perché ¹ _____ ;

Cognome e Nome _____ Grado di parentela _____

Data di nascita _____ Residente a _____ non può fornire assistenza perché ¹ _____ ;

Cognome e Nome _____ Grado di parentela _____

Data di nascita _____ Residente a _____ non può fornire assistenza perché ¹ _____ ;

¹ Indicare il numero corrispondente alla motivazione elencata alla fine di questo modello di autocertificazione.

che il predetto portatore di handicap è tutt'ora in vita e non è mai stato ricoverato a tempo pieno presso alcuna struttura dalla data di richiesta dei benefici;



di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445.

IL DICHIARANTE

.....

Luogo e data.....

Elenco delle motivazioni che impediscono di fornire assistenza alla persona handicappata:

1. E' stato/a riconosciuto/a incapace al lavoro al 100%;
2. E' affetto/a da invalidità superiore a 2/3;
3. E' di età inferiore a 18 anni;
4. E' Studente/Studentessa;
5. E' ricoverato/a, anche temporaneamente, in ospedale (allegare certificazione);
6. E' di età superiore a 70 anni unita ad invalidità;
7. E' infermo/a in maniera tale da non poter assistere l'handicappato, come da attestazione medica in relazione alla natura dell'handicap;
8. E' privo/a di patente di guida qualora l'handicappato debba essere accompagnato per visite mediche o terapie specifiche (in questo caso occorre la certificazione medica);
9. Risiede in località tanto distante da non poter fornire l'assistenza continua ed esclusiva;
10. Altro (specificare) _____.

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI EVENTUALMENTE CONSEGUITI, A SEGUITO DEL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA.

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica o ai gestori o esercenti di pubblici servizi sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. La copia fotostatica del documento e' inserita nel fascicolo.

***** (Spazio riservato all'ufficio) *****

Ai sensi dell'art. 38 (L-R) del T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445, attesto che il/la Sig./Sig.ra preventivamente ammonito/a sulle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace (Artt. 75 (R) e 76 (L) del T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445), ha reso e sottoscritto in mia presenza la sua estesa dichiarazione.

Massa Lubrense , li _____

L'INCARICATO

(qualifica, cognome e nome e firma per esteso)