

ALLEGATO A

**DATI E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' DEL SOGGETTO DISABILE
(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)**

Il/la sottoscritt

nato/ a il

CF..... residente.....

prov..... via/piazza.....cap.....

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,

DICHIARA:

- di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl di..... il.....;

- di essere in condizione di disabilità, il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992 per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di grado del Sig./ra in quanto.....;
- che il proprio nucleo familiare è così composto:
.....
.....
.....
.....
.....
.....

consapevole che soltanto un lavoratore può fruire dei permessi per l'assistenza alla stessa persona disabile in situazione di gravità, di voler essere assistito soltanto dal

Sig./r..... nato/a aC.F.....

e residente a

Firma

.....

Luogo e data.....