**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 a …………………………C.F…………………………………

e residente a …………………………………………………………………………………………………………………………………..

Firma …………………………………….

Luogo e data………………………