

OGGETTO: documentazione assistenza familiare disabile (art. 24 L. 183 del
4/11/2010)

__I__ sottoscritt__ _____ nat__ a _____
(____), il _____, residente a _____ (____)
in via _____, in servizio presso _____
_____ in qualità di _____

consapevole che la fruizione del diritto può essere riconosciuta per l'assistenza alla
stessa persona con handicap in situazione di gravità, ad un unico lavoratore
dipendente,

CHIEDE

Di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92, art. 33 e successive
modificazioni ed integrazioni in qualità di

- Genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;
- Genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;
- Parente, affine o coniuge di una persona con disabilità: 2° grado di parentela:
- Grado di parentela 3° per presenza delle situazioni eccezionali dell'assenza,
dell'età anagrafica o delle patologie, comma 1 lettera a e comma 2 art. 24
Legge 183 del 4/11/2010 (da documentare tramite specifica certificazione).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI
NOTORIETÀ' (art. 46 E 47 (R) Testo Unico delle disposizioni legislative e
regolamentari in materia di documentazione amministrativa D.P.R. 28/12/2000 n.
445).

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per
false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- Che l'ASL _____ distretto _____, nella seduta del _____
ha riconosciuto lo stato di handicap grave (ai sensi degli articoli 3 - comma 3, 21 e
33 della L. 104/92 e dell'art. 30 della L. 388/2000) di:

Cognome e nome _____

grado di parentela _____

data e luogo di nascita _____

residente in _____ (____), in via _____,

come risulta dalla certificazione allegata.

- Di essere l'unico referente a prestare assistenza nei confronti del disabile e di dedicarsi alle sue cure in maniera e forma esclusiva. A tal fine dichiara di essere in grado di assolvere i compiti propri dell'assistenza in termini di sistematicità e adeguatezza.
- Che la persona disabile per la quale si richiedono i permessi NON è ricoverato/a a tempo pieno.
- Che nessun altro familiare usufruisce dei permessi.
- 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 impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione delle agevolazioni

Data

Il dichiarante

Si allega

1. Certificato rilasciato dall'ASL attestante lo stato di handicap in situazione di gravità del summenzionato familiare
2. Dichiarazione del familiare attestante il rapporto fiduciario con il/la sottoscritto/a
3. Copia documenti di riconoscimento e codici fiscali dei dichiaranti

OGGETTO: DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

__I__ sottoscritt__ _____ nat__ a _____
(____), il _____, Codice Fiscale _____
residente a _____ (____) in via _____,

consapevole che la fruizione del diritto può essere riconosciuta per l'assistenza alla
stessa persona con handicap in situazione di gravità, ad un unico lavoratore
dipendente, ai sensi della Legge 104/92, art. 33 e successive modificazioni ed
integrazioni

DICHIARA

Di volere essere assistita soltanto da

Cognome e nome _____

Codice Fiscale _____

grado di parentela _____

data e luogo di nascita _____

residente in _____ (____), in via _____,

Data

Il dichiarante

Si allega

- Fotocopia della carta di identità n _____, rilasciata dal
Comune di _____ in data _____
- Fotocopia Codice Fiscale