**DICHIARAZIONE PER FRUIRE DEI BENEFICI DELLA LEGGE 104/92**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a conoscenza delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di falsa dichiarazione, (art. 26 della Legge 15/68 e art. 489 del Codice Penale);

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. N. 445 del 28/12/2000 – modificato e integrato dall’art. 15 della Legge 16/01/2003 n. 3 – ai fini dell’attribuzione dei punteggi e per beneficiare delle specifiche disposizioni di Legge:

(barrare le caselle di interesse)

* di trovarsi nelle condizioni di cui all’art. 21, ovvero 33, sesto comma, ex Legge 104/92 come da certificazione agli atti dell’Istituto;
* che il/la Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_) il \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di cui è allegata la certificazione comprovante la condizione di disabile in situazione di gravità di cui all’art.33, comma 5, ovvero comma 7 Legge 104/92, si trova nel seguente rapporto di parentela nei confronti del sottoscritto: figlio coniuge genitore;

* di essere domiciliato/a e convivente con la suddetta persona nel comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* che, a favore della sopraindicata persona, il/la sottoscritto/a presta attività di assistenza

continuativa, globale e permanente in via esclusiva effettivamente dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

* che il/la Sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_non è ricoverato/a a tempo pieno presso alcun istituto specializzato;
* di essere anagraficamente l’unico/a figlio/a o sorella/fratello del suddetto soggetto in situazione di

gravità;

* di essere il/la solo/a figlio/a in grado di prestare assistenza in quanto i seguenti altri figli:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* che il distretto di residenza del soggetto disabile è il n\_\_\_\_ nel comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* che, avendo instaurato il rapporto di lavoro a tempo indeterminato nell’anno \_\_\_\_\_\_\_\_, ha interrotto una preesistenza situazione di assistenza continuativa al suddetto familiare, come da allegata certificazione.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione dovesse in futuro esserci in relazione ai dati contenuti nella presente dichiarazione.

Pomezia, \_\_/\_\_\_/20\_\_\_\_ FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DEL DISABILE CHE NON SA O NON PUO’ FIRMARE**

Attesto che la dichiarazione in calce è stata resa in mia presenza dal soggetto disabile, identificato mediante (estremi documento di riconoscimento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) il/la quale ha altresì dichiarato:

* di non saper firmare
* di non poter firmare a causa di un impedimento permanente

Pomezia, \_\_/\_\_\_/20\_\_\_\_

Timbro e firma dell’addetto

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE**

**(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_;
* di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
* di non essere ricoverato/a 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 richiedente in quanto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.;
* consapevole che soltanto un lavoratore può fruire dei permessi per l’assistenza alla persona disabile in situazione di gravità di voler essere assistito soltanto dal Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via /Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega copia del documento di riconoscimento:

n\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Pomezia, \_\_/\_\_\_/20\_\_\_\_ Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_