

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

(art. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a

nato/a a , () il , residente nel

Comune di , domiciliato a

**consapevole delle sanzioni penali previste per le dichiarazioni mendaci e falso in atti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/00**, al fine di ottenere la concessione delle agevolazioni di cui all'art. 33 commi 5, 6 e 7 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, così come modificata dall'art. 24 della Legge n. 183 del 04 novembre 2010,

### DICHIARA

☐ di prestare assistenza a:

Cognome e nome

nato/a a , () il ,

residente a , () C.A.P. ,

via ; grado di parentela: .

*(solo se diverso dalla residenza)*

domiciliato a , via .

☐ che la persona sopra indicata non è ricoverata a tempo pieno<sup>1</sup>;

☐ di avere diritto a scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina al domicilio della persona da assistere sopra indicata nel comune di .

☐ di fruire dei permessi di cui all'art. 33 della Legge 104/92 concessi dal Servizio:  
.

<sup>1</sup> Per ricovero a tempo pieno si intende quello per le intere ventiquattro ore, presso strutture ospedaliere o simili, pubbliche o private, che assicurano assistenza sanitaria continuativa. Fanno eccezione a tale presupposto:

- interruzione del ricovero del disabile in situazione di gravità di recarsi al di fuori della struttura che lo ospita per effettuare visite o terapie;
- ricovero di un disabile in situazione di gravità in coma vigile e/o in situazione terminale;
- ricovero a tempo pieno di un minore con disabilità in situazione di gravità per il quale risulti documentato dai sanitari della struttura ospedaliera il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare.

☐ che nessun altro familiare beneficia dei permessi per la stessa persona disabile in situazione di gravità;

☐ che l'assistenza è prestata, **nel limite massimo di tre giorni complessivi tra i caregiver**, in modo **alternativo** con il/la sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ che presta attività lavorativa presso \_\_\_\_\_ a tempo determinato/indeterminato;

e con il/la sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ che presta attività lavorativa presso \_\_\_\_\_ a tempo determinato/indeterminato.

☐ non fruire dei permessi di cui all'art. 33 della Legge 104/92 *(nel caso di non fruizione di tali permessi, **allegare copia del verbale** rilasciato dall'Azienda Sanitaria)*

☐ si impegna **comunicare tempestivamente** ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

☐ Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'**Informativa Privacy** (ex art. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679 del 2016) allegata alla circolare informativa.

Luogo e data

Firma

Ai sensi dell'articolo 38 del d.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la presente domanda è stata:

☐ sottoscritta, previa identificazione del richiedente, in presenza del dipendente addetto

\_\_\_\_\_  
*(indicare in stampatello il nome del dipendente)*

☐ sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore