



(Allegato “A”)

**DICHIARAZIONE DA UTILIZZARE PER PARENTI E AFFINI FINO AL
SECONDO GRADO DI PARENTELA**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’

(ai sensi dell’art. 46 e 47 T.U. – D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/la Sottoscritto/a Sig. _____ (Matr. N. _____) nato/a a _____
il _____ e residente in _____ Via _____ N° _____, in servizio
presso U.O./Servizio _____ del () P.O. / () DSB di _____ con la
qualifica di _____ C. Fiscale _____,

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze civili e penali previste dall’art. 76 del DPR n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiara che le notizie fornite con il presente modulo rispondono a verità.

Inoltre dichiara di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, chi l’ha effettuata può subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l’autocertificazione.

DICHIARO

DI PRESTARE ASSISTENZA AL PARENTE O AFFINE ENTRO IL SECONDO GRADO _____

COGNOME _____ NOME _____ NATO/A IL _____ A
_____ PROV. _____ C.F. _____ RESIDENTE IN _____
Via _____ n. _____ CAP _____ PROV. _____

IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE AI SENSI DELL’ART. 33 COMMA 3 DELLA LEGGE 104/92

ACCERTATA DALL’ASL / INPS DI _____ IN DATA _____

() NO “REVISIONE”

() SI “REVISIONE” PER IL MESE DI _____ ANNO _____

- Il Familiare disabile è dipendente pubblico si () no () Se la risposta è si, indicare presso quale Amministrazione

Indicare la distanza chilometrica tra l'abitazione del dipendente e l'assistito Km _____ *

* (N.B. Il lavoratore che usufruisce dei permessi di cui al comma 3 per assistere persona in situazione di handicap grave, residente in comune situato a distanza stradale superiore a 150 chilometri rispetto a quello di residenza del lavoratore, attesta con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito")

DICHIARO INOLTRE

- () **Di essere referente unico** per l'assistenza alla persona in situazione di Handicap grave **ai sensi dell'art. 33 comma 3 della legge 104 /92** e che non vi sono altri familiari, parenti e affini entro il terzo grado di parentela, che usufruiscono dello stesso beneficio;
- () **Di non essere referente unico** e che il diritto, in riferimento al Decreto Legislativo n. 105 del 30 giugno 2022, è riconosciuto in via alternativa nel **limite complessivo di tre giorni** al Sig. _____ nato a _____ il _____ C.F. _____ in servizio c/o _____ con sede _____
Indirizzo _____ n. _____ CAP _____ Città _____ ;
- Di prestare al disabile una assistenza continuativa;
- Che il soggetto portatore di handicap in situazione di gravità non è ricoverato a tempo pieno;
- Che la Commissione ASL/INPS non ha rivisto il giudizio di gravità della condizione di handicap e che la certificazione rilasciata dalla ASL/INPS non è scaduta e non ha subito modifiche.

Il Dipendente dovrà comunicare tempestivamente il mutamento o la cessazione della situazione di fatto e di diritto che comporta il venir meno della titolarità dei benefici concessi per la persona in situazione di Handicap grave.

() SI ALLEGA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO N. _____ RILASCIATO DAL _____
il _____ VALIDO FINO AL _____

_____ li _____

IL DICHIARANTE

I dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.