

(Allegato "A")
Verifica Benefici Anno 2016

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. _____ 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

consapevole, secondo la normativa riportata in epigrafe, della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, rende e sottoscrive la seguente:

DATI DELLA PERSONA CHE ASSISTE IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE

COGNOME _____ NOME _____ NATO/A IL _____ A _____

PROV. _____ C.F. _____ RESIDENTE IN _____ Via _____ n. _____

CAP _____ PROV. _____

- 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 _____

D I C H I A R A Z I O N E

- che la persona da assistere è tutt'ora in vita;
- che la persona da assistere non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati o case di riposo;
- di prestare assistenza al parente o affine entro il secondo grado _____.

Di essere referente unico per l'assistenza alla persona in situazione di Handicap grave e che non vi sono altri familiari che usufruiscono dello stesso beneficio dei sotto elencati nominativi:

(1) Dati del Familiare

Cognome e Nome	Luogo Nascita	Data Nascita	Residenza	Via e numero

Dati del Datore di Lavoro del Familiare

Ditta/Ente	Località	Cap	Via e numero	Disoccupato () si () no <input checked="" type="checkbox"/> Pensionato <input checked="" type="checkbox"/> Ultra 65 anni
				*Grado di Parentela con il disabile :

(2) Dati del Familiare

Cognome e Nome	Luogo Nascita	Data Nascita	Residenza	Via e numero

Dati del Datore di Lavoro del Familiare

Ditta/Ente	Località	Cap	Via e numero	Disoccupato () si () no () Pensionato () Ultra 65 anni
				*Grado di Parentela con il disabile :

(3) Dati del Familiare

Cognome e Nome	Luogo Nascita	Data Nascita	Residenza	Via e numero

Dati del Datore di Lavoro del Familiare

Ditta/Ente	Località	Cap	Via e numero	Disoccupato () si () no () Pensionato () Ultra 65 anni
				*Grado di Parentela con il disabile :

(4) Dati del Familiare

Cognome e Nome	Luogo Nascita	Data Nascita	Residenza	Via e numero

Dati del Datore di Lavoro del Familiare

Ditta/Ente	Località	Cap	Via e numero	Disoccupato () si () no () Pensionato () Ultra 65 anni
				*Grado di Parentela con il disabile :

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.

li _____

IL DICHIARANTE

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE N. 1 DI AGRIGENTO

Atteso che il dichiarante Sig. _____ identificato tramite _____

N. _____ rilasciata dal _____ il _____ ha reso e
sottoscritto in mia presenza la suddetta dichiarazione.

li _____

IL FUNZIONARIO ADDETTO

N.B. DICHIARAZIONE DA UTILIZZARE FINO AL SECONDO GRADO DI PARENTELA

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