

**(Allegato B)**  
**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. F. \_\_\_\_\_,  
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 sì, 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 di terzo grado \_\_\_\_\_;

**Dichiaro inoltre:**

- ( ) che il **genitore (padre)** della persona da assistere Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ :
  - 1. ( ) è deceduto;
  - 2. ( ) ha compiuto i sessantacinque anni;
  - 3. ( ) ha la legge 104/92, come da verbale rilasciato dal \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
  - 4. ( ) è affetto da patologia invalidante, di cui si allega certificazione medica rilasciata dal \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- ( ) che il **genitore (madre)** della persona da assistere Sig.ra \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ :
  - 1. ( ) è deceduta;
  - 2. ( ) ha compiuto i sessantacinque anni;
  - 3. ( ) è affetto da patologia invalidante, di cui si allega certificazione medica rilasciata dal \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- ( ) che il **coniuge** della persona da assistere Sig. \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ :
  - 1. ( ) è deceduto;
  - 2. ( ) ha compiuto i sessantacinque anni;
  - 3. ( ) è affetto da patologia invalidante, di cui si allega certificazione medica rilasciata dal \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;

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 ( ) Pensionato ( ) 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**

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

**( 5 )Dati del Familiare**

<b>Cognome e Nome</b>	<b>Luogo Nascita</b>	<b>Data Nascita</b>	<b>Residenza</b>	<b>Via e numero</b>

**Dati del Datore di Lavoro del Familiare**

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

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 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 PER IL TERZO 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.