

(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 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 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

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

(5)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 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.