

**Allegato C)**

Auto-dichiarazione L. 104

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**

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

Il/La sottoscritto/a Matricola n. , residente nel Comune di, domiciliato a 

*ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla dichiarazione non veritiera, e consapevole altresì che l'accertata non veridicità della dichiarazione comporta il divieto di accesso a contributi, finanziamenti e agevolazioni per un periodo di due anni decorrenti dall'adozione del provvedimento di decadenza (art. 75 d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)*

**DICHIARA**

al fine 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

 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>;

<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.

- 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: \_\_\_\_\_;
- 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.
- di 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 a **comunicare tempestivamente** ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.
- 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

---

Si allega copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore, nel caso in cui la dichiarazione è sottoscritta con firma **autografa** e inviata tramite servizio postale o posta elettronica diversa da quella istituzionale assegnata al dipendente.