

ALLEGATO L. 104**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**

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

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____, (_____) il _____, 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 pieno¹;

☐ 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:

_____;

¹ 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.

☐ 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 **comunicare tempestivamente** ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua 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.