

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

(artt. 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: \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste per le dichiarazioni mendaci e falso in atti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/00, al fine di ottenere la concessione delle agevolazioni di cui all'art. 33 commi 5, 6 e 7 della legge 5 febbraio 1992, n. 104: "Legge quadro per l'assistenza e l'integrazione sociale e i diritti della persona handicappata", così come modificata dall'art. 24 della Legge n. 183 del 04 novembre 2010,

### DICHIARA

1) di essere referente unico nel prestare assistenza a :

Cognome e nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
grado di parentela : \_\_\_\_\_<sup>1</sup>  
(solo se diverso dalla residenza)  
domiciliato a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

2) che la persona sopra indicata non è ricoverata a tempo pieno<sup>2</sup>;

3) di avere diritto a scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina al domicilio della persona da assistere sopra indicata nel comune di \_\_\_\_\_;

4) di fruire/non fruire<sup>3</sup> dei permessi di cui all'art. 33 della Legge 104/92 concessi dal Servizio \_\_\_\_\_

5) di comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Dichiaro altresì di essere informato, ai sensi dell'art. 13 del Decreto Leg.vo 196/2003 che: i dati da me forniti verranno trattati esclusivamente con riferimento al procedimento per il quale ho presentato la domanda; il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico; il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura di mio interesse; il titolare del trattamento è la Provincia autonoma di Trento; ed il responsabile del trattamento è il Dirigente della struttura competente; in ogni momento potrò esercitare i miei diritti nei confronti del titolare del trattamento.

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA  
\_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445 del 28/12/2000, la presente dichiarazione è stata:

sottoscritta in presenza del dipendente addetto Sig.....

sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore

<sup>1</sup> Il diritto a godere dei benefici spetta ad un referente unico ad eccezione dei genitori. Spetta al coniuge, ai parenti entro il secondo grado (a titolo esemplificativo sono parenti di primo grado: genitori, figli; sono parenti di secondo grado: nonni, fratelli, sorelle, nipoti in quanto figli dei figli; sono affini di primo grado: suocero/a, nuora, genero; sono affini di secondo grado: cognati). Solo in particolari casi il diritto può essere esteso ai parenti ed affini di terzo grado (zii, nipoti in quanto figli di fratelli/sorelle, bisnonni, ecc.)

<sup>2</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.

<sup>3</sup> Barrare l'opzione che ricorre. In caso di mancata fruizione allegare copia del verbale rilasciato dall'Azienda Sanitaria.