

**ISTANZA DI RICONOSCIMENTO DELLE AGEVOLAZIONI PREVISTE DALLA LEGGE 104/92
E SUCC.MOD. E DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'
resa ai sensi della normativa vigente in materia di autocertificazioni
(per ogni familiare da assistere)**

Il/la sottoscritt _____ nat ___ a _____ il _____ in servizio presso
_____ con qualifica _____

CHIEDE

che gli/le venga riconosciuto il diritto a fruire delle agevolazioni previste dall'art.33, 2° e 3° comma, della legge n°104/92, come modificato dall'art.24 della legge n°183/2010, per assistere il proprio familiare portatore di handicap in situazione di gravità, come da verbale ASL che si allega.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere o falsità in atti, richiamate dall'art.76 del DPR n°445/2000 e consapevole che, qualora dai controlli previsti dall'art. 71 dello stesso DPR n°445/2000 emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, è prevista la decadenza dai benefici conseguiti, ai sensi dell'art.75 del DPR stesso

DICHIARA

- che il proprio stato civile è il seguente (1) _____;
- che l'assistito _____ residente in _____ e
nome e cognome, data nascita
domiciliato in _____;
- 1.* è proprio familiare entro il 2° grado in quanto (2) _____ ;
ovvero
2.* di 3° grado in quanto (2) _____ e si trova in una delle condizioni previste dall'art.24, 1°comma, della legge n°183/2010, come da documentazione allegata;
- che
1.* nessun altro familiare usufruisce dei benefici per lo stesso soggetto portatore di handicap;
ovvero
2.* che sussiste per il proprio figlio disabile il riconoscimento del diritto anche nei confronti dell'altro genitore _____ in servizio presso _____
nome e cognome, data nascita
_____, ma la fruizione dei permessi avviene
(P.A. e comune presso cui eventualmente presta servizio)
alternativamente;

- che

1.* l'assistito NON è ricoverato a tempo pieno in strutture che assicurino assistenza sanitaria continua e/o specialistica;

ovvero

2.* che l'assistito è ricoverato a tempo pieno nella struttura sanitaria _____, ma bisognevole di assistenza in quanto minore di età o denominazione e comune paziente in stato di coma vigile e/o terminale, come da documentazione allegata;

- di impegnarsi a comunicare eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate nella presente istanza con particolare riguardo alla condizione di ricovero a tempo pieno dell'assistito, alla revoca del giudizio di "gravità dell'handicap" o a decesso del disabile.

Si allega la seguente documentazione:

Data,

Firma _____

VISTO:
Il Dirigente

La presente istanza può essere inviata anche in fax o e-mail purché con fotocopia di documento di identità di colui che la sottoscrive.

I dati sopra riportati sono trattati ai sensi del d.lgs.n.196/2003 e sono acquisiti esclusivamente per l'eventuale accoglimento dell'istanza e per la trasmissione dei dati ai sensi dell'art.24 della legge n°183/2010; il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto.

- 1) *celibe/nubile, coniugato, divorziato, vedovo.....*
 - 2) *indicare la relazione di parentela*
- *) cancellare la frase che non interessa*