



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(presentare solo in caso di assistenza a figli di età superiore ai 18 anni o ai familiari)

PRESUPPOSTO OGGETTIVO PER IL RICONOSCIMENTO DEI
PERMESSI PREVISTI DALLA LEGGE 104/92

AL DIRETTORE GENERALE

Il/La sottoscritto/a _____ matr. _____

in servizio presso _____,

tel. ufficio _____ tel. abitazione _____

nato/a il _____ a _____

residente a _____ (_____)

via/piazza _____ n. _____,

figlio del Sig./ra _____

coniuge del Sig./ra _____

familiare del Sig./ra _____

(grado di parentela) _____,

in riferimento alla richiesta di utilizzo dei benefici previsti dalla legge n. 104/92, articolo 33, modificata dalla legge 8.3.2000 n. 53 e dalla legge n. 183 del 4.11.2010, a favore del familiare _____ riconosciuto soggetto con disabilità grave ai sensi della legge n. 104/92, articolo 3 - 3° comma,

nato/a il _____ a _____

residente a _____ (_____)

via/piazza _____ n. _____,

consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia,

DICHIARA

- che il familiare assistito **non è ricoverato** a tempo pieno presso strutture ospedaliere o simili, pubbliche o private, che assicurano assistenza sanitaria continuativa.
- che il familiare assistito **è ricoverato** a tempo pieno presso strutture ospedaliere o simili, pubbliche o private, che assicurano assistenza sanitaria continuativa dal _____ al _____.

Il/La sottoscritto/a è a conoscenza che non potrà richiedere i suddetti benefici qualora il familiare con disabilità grave risulti ricoverato per le intere 24 ore.

Il/La sottoscritto/a è altresì a conoscenza che potrà beneficiarne solo nelle seguenti ipotesi:

- **interruzione del ricovero** per necessità del disabile di recarsi fuori della struttura che lo ospita per effettuare visite o terapie;
- **ricovero a tempo pieno** di un disabile in coma vigile e/o in situazione terminale;
- **ricovero a tempo pieno di un minore** in situazione di disabilità grave per il quale risulti documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare.

Al fine di documentare le suddette eccezioni il/la sottoscritto/a si impegna a produrre la relativa certificazione medica.

Milano, _____

Firma del dichiarante