



Il/la sottoscritto/a _____ matr.n. _____

Autorizzato a fruire dei permessi ai sensi dell'art.33, L.104/92, per assistere _____

con la presente dichiara che a decorrere dal _____

Beneficerà dei permessi per l'assistenza al familiare disabile anche il seguente nominativo:

Nome e Cognome

Codice Fiscale

Sede di lavoro

Grado di parentela

Cordiali saluti

Milano _____

Firma del dichiarante

Ai sensi del Decreto Legislativo n.196 del 2003 e sue successive modifiche e integrazioni, nonché del Regolamento UE 679/2016, nel rispetto delle disposizioni in materia di privacy, i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per cui sono richiesti. I dati personali e sensibili inoltre possono essere oggetto di comunicazione ad altre amministrazioni pubbliche (o soggetti privati), nei casi previsti dalla legge e/o qualora queste debbano trattare gli stessi per eventuali procedimenti di propria competenza.



DICHIARAZIONE DA COMPILARSI A CURA DEL SOGGETTO ASSISTITO RICONOSCIUTO IN SITUAZIONE DI DISABILITA' GRAVE

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

Il/La
sottoscritto/a

Nato/a il

a

Residente a

Via/piazza

n.

in riferimento alla richiesta di utilizzo dei benefici previsti dalla legge n. 104/92 e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

- di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl di _____ il _____;
- di essere in condizione di disabilità, il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di essere ricoverato a tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992 per se stesso;
- di essere dipendente pubblico presso l'Amministrazione

_____ con rapporto di lavoro a tempo

- di essere parente/affine del Sig./ra

_____ grado di parentela

- di voler essere assistito da (indicare il nominativo o i nominativi di chi presterà assistenza):

_____ codice fiscale _____

Milano, _____

_____ Firma del dichiarante

Qualora il soggetto assistito non possa firmare, il richiedente può compilare la dichiarazione sostitutiva nella pagina seguente.



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' RESA DAL DIPENDENTE
(ai sensi dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi dichiara di essere a conoscenza che la dichiarazione resa dal soggetto disabile di cui sopra, identificato mediante documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato da _____ il _____) corrisponde a verità.

Dichiara, altresì, che il suddetto:

- non sa firmare
- non può firmare a causa di un impedimento permanente.

Milano _____

Firma del dichiarante