

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

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, così come modificata dall'art. 24 della Legge n. 183 del 04 novembre 2010,

DICHIARA

di essere referente nel prestare assistenza a:

Cognome e nome

nato/a a , () il ,

residente a , () C.A.P. ,

via ; grado di parentela¹: .

(solo se diverso dalla residenza)

domiciliato a , via .

che la persona sopra indicata non è ricoverata a tempo pieno²;

di avere diritto a scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina al domicilio della persona da assistere sopra indicata nel comune di .

¹ Il diritto a godere dei benefici spetta ad un referente unico ad eccezione dei genitori. Spetta al coniuge, ai parenti e affini 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.).

² 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.

di fruire dei permessi di cui all'art. 33 della Legge 104/92 concessi dal Servizio:

;

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 consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Il sottoscritto 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

Ai sensi dell'articolo 38 del d.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la presente domanda è stata:

sottoscritta, previa identificazione del richiedente, in presenza del dipendente addetto

(*indicare in stampatello il nome del dipendente*)

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