DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 D.P.R. n. 445/2000)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

IO SOTTOSCRITTO

Cognome _____ Nome _____

CF _____ Nato a _____ (provincia _____)

il _____ attualmente residente a _____ (provincia _____) indirizzo

_____ cap. _____

Telefono _____ e mail _____

Consapevole che le ipotesi di falsità in atti e le dichiarazioni mendaci sono punite dal codice penale e delle leggi speciali in materia,

DICHIARO

Di richiedere le agevolazioni previste dal comma 3, art. 33 della Legge 104/92 per:

Cognome _____ Nome _____

Sesso: o Maschio o Femmina Data di nascita_____

Luogo di nascita: Nazione _____ Provincia _____

Comune _____

Codice Fiscale _____

Residenza _____ (provincia _____) indirizzo _____

Tipo disabilità: o NON RIVEDIBILE o RIVEDIBILE (Data Revisione_____)

Parentela: o Genitore o Coniuge o Figlio o Parente o affine fino al II Grado

- o Parente o affine del III Grado (solo se sussiste una delle seguenti condizioni):

  - o Coniuge della persona con disabilità con età superiore a 65 anni
  - o Genitori della persona con disabilità con età superiore a 65 anni
  - o Coniuge affetto da patologia invalidante
  - o Genitori affetti da patologia invalidante

- o Coniuge deceduto o mancante
- o Genitori deceduti o mancanti

Se l'assistito è un figlio indicare se:

la fruizione è alternativa con:

o Genitore o Coniuge o Parente o affine fino al II Grado o Parente o affine fino al III Grado

Motivazione ai sensi dell'art. 33, comme 3, l.n. 104 del 1992 e s.m.i.

- o Coniuge della persona con disabilità con età superiore a 65 anni
- o Genitori della persona con disabilità con età superiore a 65 anni
- o Coniuge affetto da patologia invalidante
- o Genitori affetti da patologia invalidante
- o Coniuge deceduto o mancante
- o Genitori deceduti o mancanti

L'altro genitore o parente o affine è dipendente pubblico: o SI o NO

Se si quale amministrazione:_____

L'assistito è dipendente pubblico: o SI o NO

Se dipendente pubblico, indicare:

tipo rapporto/contratto: o Tempo indeterminato o Tempo determinato

Amministrazione:_____

DICHIARO ALTRESI'

- Che l'assistito non è ricoverato a tempo pieno;
- Di prestare assistenza nei confronti della persona con disabilità per la quale ho richiesto le agevolazioni di cui al comma 3, art. 33 della Legge 104/92 e successive modifiche ed integrazioni;
- Di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza della persona con disabilità e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- Di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela della persona con disabilità;
- Di impegnarmi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Luogo e data_____

Il dichiarante

_____