

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Artt. 46 e 47 del T.U. approvato con D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000)

Allegata alla istanza presentata in data _____

Il/La sottoscritto/a **cognome** **nome** **nato/a a** **(prov.** **) il**

residente a **in servizio presso**

a conoscenza delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa contenute nel D.L.vo 445/2000 (T.U. in materia di dichiarazione sostitutiva di e, in particolare, delle sanzioni penali previste dall'art. 76. in caso di dichiarazione mendace e non veritiere e, delle norme contenute nel D.L.vo 165/2001 artt. 55 quater e 55 quinquies, consapevole altresì, che l' amministrazioni può effettuare in qualsiasi momento i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni presentate ai sensi degli artt. 71 e seguenti del T.U. anche mediante la richiesta della documentazione e certificazione probatoria che attesti quanto dichiarato

DICHIARA

Che necessito delle agevolazioni per le necessità legate alla mia situazione di disabilità (disabile per se stesso);

Che il familiare da assistere _____ (precisare rapporto di parentela, figlio, coniuge, parente e affine fino 2 grado e solo per eccezione fino al 3 grado)

(cognome e nome)

è nato/a _____ il _____ ed è residente a _____ Via _____

di risiedere in comune situato a distanza stradale pari o superiore a 150 Km rispetto alla residenza dalla persona disabile con connotazione di gravità da assistere

Che il figlio/a _____ è stato adottato/affidato in data _____ (data di ingresso del minore nella famiglia) con atto dell'autorità competente _____ del _____ (come risulta dal provvedimento allegato);

che il coniuge, i genitori, parenti e affini fino al 2° grado della persona in situazione di *handicap* grave sono affetti dalle patologie invalidanti di cui al DM del 21 luglio 2000, n. _____

278, come da certificazione medica rilasciata in data _____ dal _____ allegata (eccezione per il terzo grado) oppure sono mancanti _____ (decesso, assenza naturale/celibato, assenza giuridica/ divorzio – separazione legale abbandono)

che il coniuge, i genitori, parenti e affini fino al 2^a grado della persona della persona in situazione di *handicap* grave hanno compiuto i 65 anni

Che il familiare da assistere non è ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati;

Che il familiare da assistere è ricoverato/a a tempo pieno presso _____ sito in _____ via _____

Che l'assistenza è prestata nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni

Che sono consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la mia opera di assistenza;

Che sono 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 dei disabile;

Che sono l'unico referente e che nessuna altro familiare fruisce a sua volta di permessi per l'assistenza alla persona disabile in situazione di gravità per il quale si chiedono i permessi mensili e al quale si presta assistenza;

Che mi impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni;

Luogo e data

Il/La dichiarante

(Firma per esteso e leggibile)

Tabella Parenti e affini fino al 2 Grado

Il coniuge art.79,143-146 del C.C.

Unito civilmente art.76 della legge 76/2016

Gradi	In Linea Retta	In linea collaterale	Affini
I	Genitore e figli		Suoceri con generi e nuore
II	Nonni e nipoti	Fratelli e sorelle	I cognati