

**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)**

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 citato T.U. D.L.vo 445/2000 e, in particolare, delle sanzioni penali previste dall'art. 76. in caso di dichiarazione mendace e no veritiere, consapevole altresì, che l' amministrazioni può effettuare in qualsiasi momento i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni presentate ai sensi degli artt. 71 e seguenti - T.U. anche mediante la richiesta della relativa documentazione e certificazione.

DICHIARA

Che il/la _____ (precisare rapporto di parentela) _____ (cognome e nome)

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

Via _____

Che il figlio/a _____ nato a _____ il _____ è stato adottato/affidato in data _____ con atto dell'autorità competente _____ del _____

Che la Struttura INPS di _____ , ha rilasciato il verbale prot. _____ del _____ con il quale è stata riconosciuta la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992), (eventualmente in sostituzione del verbale)

(eccezione per il terzo grado) - che il coniuge o i genitori della persona in situazione di *handicap* grave sono affetti dalle patologie rientranti, nell'art. 2, comma 1, let. d), del decreto interministeriale - Ministero per la solidarietà sociale, Ministero del lavoro e della _____

previdenza sociale, Ministero per le pari opportunità 21 luglio 2000, n. 278, come da certificazione medica rilasciata in data da ;

(eccezione per il terzo grado) - che il coniuge o i genitori della persona in situazione di *handicap* grave sono mancanti per:

decesso

assenza naturale e/o giuridica del coniuge per

assenza naturale e/o giuridica del genitore per

Che non è ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati;

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

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

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

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;

Luogo e data

Il/La dichiarante

(Firma per esteso e leggibile)