

Il/L. sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
qualifica \_\_\_\_\_ tempo determinato/indeterminato presso \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

La concessione delle agevolazioni previste dall' art. 33 della LEGGE n.104/1992 in qualità di **unico referente** per l'assistenza a persona con handicap in situazione di gravità.

A tal fine ai sensi del DPR n.445/2000, art. 46 e 47, produce le seguenti dichiarazioni sostitutive relative alla sussistenza delle condizioni che legittimano la fruizione delle agevolazioni, consapevole che l' art. 76 del citato DPR prevede che “ chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso (...) nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale delle leggi speciali in materia”.

### **DICHIARA**

di essere individuato quale **unico referente** per l'assistenza alla persona di seguito indicata, che **non** è ricoverata a tempo pieno.

Cognome e nome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Grado di parentela \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ in Via/P.zza \_\_\_\_\_

Situazione di handicap grave risultante dal verbale della Commissione Medica, allegato alla presente istanza.

Il sottoscritto si impegna a produrre idonea documentazione medica in caso di situazioni eccezionali, relativamente allo stato del ricovero:

- . ricovero a tempo pieno di disabile in coma vigile e/o in situazione terminale;
- . ricovero a tempo pieno di un minore in situazione di handicap grave, per il qual risulti documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte di un genitore familiare;
- . interruzione del ricovero per necessità del disabile di recarsi fuori della struttura che lo ospita per effettuare visite e terapie.

**DICHIARA**, sotto la propria responsabilità e consapevolezza

- di prestare assistenza nei confronti della persona disabile per la quale sono richieste le agevolazioni e che non vi sono altri lavoratori dipendenti che fruiscono delle stesse agevolazioni per la stessa persona disabile ovvero
- che necessita delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità

**DICHIARA**, sotto la propria responsabilità e consapevolezza

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

**DICHIARA**, sotto la propria responsabilità e consapevolezza

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 del disabile

**DICHIARA**, sotto la propria responsabilità e consapevolezza

di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni

**DICHIARA**, sotto la propria responsabilità e consapevolezza

di impegnarsi a comunicare, salvo dimostrare situazioni di urgenza, le assenze dal servizio con congruo anticipo, se possibile con riferimento all'intero arco temporale del mese, al fine di consentire la migliore organizzazione delle attività amministrative

Data

Firma

---

---

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, residente  
a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n.445/2000, per dichiarazioni  
non veritiere, formazione o uso atti falsi

DICHIARA

- di essere in condizioni 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 prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/92  
per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di \_\_\_\_\_ grado del richiedente in quanto \_\_\_\_\_;
- di voler essere assistito soltanto dal/la sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si allega copia documento di riconoscimento