

[ALLEGATO]

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
(Artt. 46 e 47 dei TU approvato con DPR n. 445 del 28 dicembre 2000)

Allegato all'istanza presentata in data _____ / _____ / _____

l_ sottoscritt _____

(Cognome e Nome)

nat_ a _____ (Prov. _____) il _____ / _____ / _____

residente in _____ (Prov. _____) C.A.P. _____

via / piazza _____ n° _____

DOCENTE ; ATA:: A. A. C. S.

a conoscenza delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa contenute nel D.Lgs. 445/2000 (TU in materia di dichiarazione sostitutiva) e delle norme contenute nel D.Lgs. 165/2001 artt. 55 quater e 55 quinquies;

consapevole, che l'amministrazione può effettuare in qualsiasi momento i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni presentate ai sensi degli artt. 71 e seguenti del TU anche mediante la richiesta della documentazione e certificazione probatoria che attesti quanto dichiarato;

consapevole, altresì, che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n.445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia.

DICHIARA

- Che necessita delle agevolazioni per le necessità legate alla mia situazione di disabilità (disabile per se stesso);
- che il familiare da assistere è:
- Cognome e nome: _____
n a t o / a _____ il _____ / _____ / _____ ed è residente
in _____ (Prov. _____) C.A.P. _____ via /
piazza _____ n° _____
- grado di parentela: FIGLIO CONIUGE GENITORE PARENTE E AFFINE e il relativo grado:
 1 2 3;
- di risiedere in un comune situato a distanza stradale pari o superiore a 150 Km rispetto alla residenza dalla persona disabile con connotazione di gravità da assistere;
- di risiedere in comune situato a distanza stradale inferiore a 150 Km rispetto alla residenza della persona disabile con connotazione di gravità da assistere;
- che il figlio/a (cognome e nome): _____ è stato adottato/affidato in data _____ / _____ / _____ (data di ingresso del minore in famiglia) con atto dell'autorità competente _____ del _____ / _____ / _____ (come risulta dal provvedimento allegato);
- che il coniuge o i genitori della persona in situazione di *handicap* grave sono affetti dalle patologie invalidanti di cui ai DM del 21 luglio 2000, n. 278, come da certificazione medica, rilasciata in data _____ / _____ / _____ dal _____, allegata (eccezione per il terzo grado);

[ALLEGATO]

- che il coniuge o i genitori della persona in situazione di *handicap* grave, con essa conviventi, non possono fornirle assistenza (eccezione per il terzo grado) in quanto:
- coniuge ha compiuto i 65 anni di età;
 - il/i genitore/i hanno compiuto i 65 anni di età;
 - decesso;
 - assenza naturale (celibato) e/o giuridica (divorzio - separazione legale abbandono) del coniuge per _____;
 - assenza naturale (celibato) e/o giuridica (divorzio-separazione legale abbandono) del/i genitore/i per _____;
- che necessita delle agevolazioni legate alla propria situazione di disabilità (disabile per se stesso);
- 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 _____ alla via _____;
- che l'assistenza è prestata nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;
- di essere 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;
- 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 del disabile;
- di essere l'unico referente e che nessun 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;
- di NON essere l'unico referente e di condividere la fruizione dei permessi mensili per l'assistenza alla persona disabile in situazione di gravità con:
- cognome e nome _____ nato/a _____ il ____/____/____, grado di parentela rispetto all'assistito: figlio coniuge genitore parente e affine di 1° 2° 3° grado; lavoratore presso _____;
 - cognome e nome _____ nato/a _____ il ____/____/____, grado di parentela rispetto all'assistito: figlio coniuge genitore parente e affine di 1° 2° 3° grado; lavoratore presso _____;

N.B.: *Ad ogni richiesta dei permessi con la modalità condivisa, nella sezione note del Portale "scuola next", deve essere comunicato il numero e le date dei giorni già fruiti da tutti gli aventi diritto nel medesimo mese;*

- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Luogo e data _____

Il/La dichiarante
(Firma per esteso e leggibile)
