**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DELL’ATTO DI NOTORIETÀ**

(Artt.46 e 47 D.P.R. 28/12/2000, n. 445 delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

\_l\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_) residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_\_),

Via/P.zza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_, in servizio presso codesta Istituzione scolastica in

qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con rapporto di lavoro a Tempo \_ Indeterminato \_ Determinato

**C H I E D E**

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni in quanto:

\_ genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;

\_ genitore della persona disabile di età superiore a tre anni;

\_ parente, affine o coniuge di una persona con disabilità;

\_ disabile lavoratore richiedente i permessi.

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci

dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

**DICHIARA**

Che l’ASL di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nella seduta del \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ha riconosciuto

la gravità dell’handicap (ai sensi dell’art. 3 comma 3 della Legge 104/1992), di:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grado di parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data adozione/affido) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (Prov. \_\_\_\_\_), Via/P.zza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_

come risulta dalla certificazione che si allega.

- che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati;

di prestare assistenza continuativa ed esclusiva alla persona sopra indicata;

**oppure**

- di prestare assistenza alla persona sopra indicata alternativamente con il/la sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due assistenti (si allega dichiarazione di responsabilità dell’altro)

(**D.lgs n. 105 del 13/08/2022**);

**oppure**

\_ che l’altro soggetto beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il sottoscritto, nel

limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due soggetti (si allega dichiarazione di responsabilità dell’altro soggetto);

- di essere convivente con il soggetto portatore di handicap all’indirizzo sopra indicato.

Si impegna a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di

documentazione amministrativa – D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

**AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento**

**emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.**

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_