

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ASSISTENZA A FAMILIARE DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA'

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
_____, qualifica _____ in servizio _____

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 DPR 445/00 e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti ai sensi dell'art. 75 DPR 445/00 in caso di dichiarazioni mendaci

Dichiara:

- Di prestare assistenza a _____ nato a _____ il _____ disabile in situazione di gravità ai sensi dell'art. 3 co 3 della L. 104/92 così come da certificazione rilasciata dalla competente Commissione medica di verifica, che viene allegata alla domanda di interpello, res. _____, in _____, comune ubicato nella Regione della sede richiesta;
- Che il predetto disabile è in vita alla data di presentazione della domanda di interpello;
- Che la situazione di famiglia del disabile da assistere è la seguente:

- Di essere _____ in quanto _____ di _____ grado della persona da assistere;
- Di beneficiare della concessione dei permessi ex art.33 L. 104/92, da parte dell'Ufficio di appartenenza, per l'assistenza al predetto disabile;
- Che il predetto disabile non è ricoverato a tempo pieno presso strutture pubbliche o private;
- che non vi sono altri parenti/affini che fruiscono dei benefici previsti dalla L. 104/92 per il medesimo disabile;
- Che tutti i parenti ed affini del medesimo disabile sono impossibilitati ad assistere il disabile;
- Che la sede lavorativa richiesta nella procedura di interpello è più vicina al domicilio del disabile da assistere rispetto all'attuale sede di servizio.

_____, _____
