

OGGETTO: AUTODICHIARAZIONE – PERMESSO LEGGE n. 104/92 art. 33 c.3

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il _____, C.F. _____, residente in _____ (prov. ____)
via/piazza _____, in servizio presso questo Istituto in qualità di _____,
con contratto a tempo indeterminato / determinato; consapevole delle
responsabilità penali e civili previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti
e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- **Relazione di parentela:** _____ (*padre, madre, fratello, sorella, figlio, coniuge, ...*)
della persona disabile in situazione di gravità di seguito indicata:

Cognome: _____ Nome: _____

C.F.: _____ nato/a a _____ il _____

☐ che il familiare a cui presta assistenza è convivente con il sottoscritto;

☐ che pure avendo un grado di parentela/affinità di terzo grado il familiare non ha genitori o
coniuge che lo possano assistere perché

- ☐ Mancanti
- ☐ Affetti da patologie invalidanti (documentate)
- ☐ Ultrasessantacinquenni

- **Stato di handicap:** che il/la sig./ra _____ è in stato di handicap in
situazione di gravità, accertato dalla Commissione (art. 4 comma 1, L. 104/92) dell'ASL/INPS di
_____;

☐ **Condizione di ricovero:** che la persona disabile sopra indicata **non** è ricoverata a tempo pieno;

- **Attività lavorativa:** di svolgere attività lavorativa:

☐ a tempo pieno

☐ part-time (orizzontale/verticale)

- **Permessi:** che altro familiare

☐ **ha**

☐ **non ha**

beneficiario di gg. _____ di permesso per la stessa persona disabile nel mese corrente, nel limite
massimo di tre giorni complessivi;

- **Modalità di fruizione dei permessi:** di voler fruire dei permessi mensili nella seguente modalità:

☐ Giornate intere (n. 3 giorni)

☐ Frazionati in modalità oraria (*specificare le ore giornaliere/mensili*): _____

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto o di diritto da cui consegue perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di aver allegato la documentazione attestante lo stato di handicap e di essere a conoscenza delle responsabilità derivanti da dichiarazioni false finalizzate a ottenere indebitamente le prestazioni richieste.

ALLEGATI:

☐ Copia del Verbale della Commissione Medica Legale (ASL/INPS) attestante lo stato di handicap in situazione di gravità (art. 3, c. 3, L. 104/92).

☐ Copia del documento d'identità in corso di validità del dichiarante.

☐ Eventuale documentazione integrativa (es. autocertificazione di altri familiari, certificazioni sanitarie, ecc.): _____

Luogo e data, _____

Firma _____