

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(artt. 46 e 47 del TU approvato con DPR n. 445 del 28/12/2000)

Allegata all'istanza presentata in data _____

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____ codice fiscale _____

residente a _____ in via _____,

in servizio presso l'IIS Marelli di Milano, 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, in particolare, **delle sanzioni penali** previste dall'art. 76 in caso di dichiarazione mendace e non veritiere e, delle norme contenute nel D. Lgs. 165/2001 artt. 55 quater e 55 quinquies; consapevole altresì, 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 che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto il riconoscimento delle stesse comporta **la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;**

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 per l'effettiva tutela dei disabili;

DICHIARA

- che necessita delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità (disabile per se stesso);
- che il familiare da assistere (cognome e nome) _____ (precisare rapporto di parentela, figlio, coniuge, parente e affine) _____ è nato/a _____ il _____ ed è residente a _____ Via _____;
- 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 al quale si presta assistenza e per il quale si chiedono i permessi mensili;
- 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 _____ via _____;
- che l'assistenza è prestata nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;
- 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 un 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 _____ è stato adottato/affidato in data _____ (data di ingresso del minore nella famiglia) con atto dell'autorità competente _____ del _____ (come risulta dal provvedimento allegato);
- che l'altro genitore: Sig./ra _____ C.F. _____ non dipendente/dipendente presso _____
- beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;
 - non beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave;
- che il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di 3° grado:
- non è coniugato;
 - è vedovo/a;
 - è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
 - è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidante di cui al DM del 21 luglio 2000, n. 278, come da certificazione medica rilasciata in data _____ dal _____ allegata;
 - è stato coniugato ma il coniuge è deceduto;
 - è separato legalmente o divorziato;
 - ha uno o entrambi i genitori deceduti,
 - ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
 - ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante di cui al DM del 21 luglio 2000, n. 278, come da certificazione medica rilasciata in data _____ dal _____ allegata.

Il/La sottoscritto/a **si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione** della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno).

Luogo e data

Il/La dichiarante
(firma per esteso e leggibile)

(Se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato, alla presente dichiarazione deve allegata la fotocopia di un documento di riconoscimento)