

Il/La sottoscritt _____ in servizio nel corrente A.S. _____
in qualità di _____, con contratto a tempo determinato/indeterminato;

CHIEDE

Di essere ammesso a fruire dei permessi per l'assistenza alle persone con disabilità.

Generalità del disabile in situazione di gravità da assistere: _____
nat_ a _____ il _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(resa ai sensi art.46 e 47 del D.P.R. N.445/2000)

Il/La sottoscritt _____ Cognome _____ Nome _____
Qualifica _____ nat_ a _____ Prov. _____
il _____ residente in _____ Via _____
consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci;

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità

1. Che il disabile da assistere è (grado di parentela/affinità): _____
2. Che il familiare diversamente abile convive con un nucleo familiare composto da: _____
3. Che non vi sono altri lavoratori dipendenti prestanti assistenza che fruiscono dei permessi di cui alla presente istanza per il medesimo soggetto;
4. Che il familiare diversamente abile _____
non è ricoverat_ a tempo pieno (h24/24) presso strutture pubbliche o private di assistenza sanitaria;
5. Che presta assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni/ovvero il dipendente necessita delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità;
6. 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 propria opera di assistenza;
7. 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;
8. Di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni

La presente dichiarazione viene resa in ossequio alla circolare della Funzione Pubblica N.13 del 6/12/2010

Palermo, li _____

il richiedente

Allegati

- Verbale Inps/Commissione Medica attestante la situazione di portatore di handicap in situazione di gravità;
- Dichiarazione del disabile;
- Dichiarazione degli altri familiari che non prestano assistenza con motivazione