

Io sottoscritto _____

nato/a il _____ a _____

residente in _____ Via _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000

**DICHIARAZIONE
SOSTITUTIVA
DELL'ATTO
DI NOTORIETÀ**

art.47 D.P.R.445
del 28.12.2000

D I C H I A R O

CHE IL MIO PARENTE

NOME E COGNOME _____

GRADO DI PARENTELA _____

1) NON È CONVIVENTE CON IL SOTTOSCRITTO ED È RESIDENTE AL SEGUENTE INDIRIZZO: _____

2) CHE L'ASSISTENZA VIENE PRESTATO DAL SOTTOSCRITTO CON CONTINUITÀ ED ESCLUSIVITÀ

3) CHE IL SUDDETTO PARENTE NON SI TROVA RICOVERATO A TEMPO PIENO IN STRUTTURA SANITARIA O SOCIALE

4) CHE IL SUO STATO DI FAMIGLIA È COMPOSTO COME DI SEGUITO INDICATO:

Nominativo	Data e luogo di nascita	Grado di parentela	Lavoratore o non lavoratore**



SOC Pediatri
di famiglia e
Specialistica
ambulatoriale

Villa Fabbri
Via di San Salvi 12
50135 - Firenze

** Nel caso in cui i componenti il nucleo familiare siano

→ **LAVORATORI** essi dovranno autocertificare: nel modello All. A) che presso il proprio datore di lavoro non usufruiscono del permesso mensile ex L 104/92;

→ **NON LAVORATORI** dovranno essere indicate le cause di impossibilità per gli stessi di assistere il soggetto handicappato:

[] la grave malattia (debitamente documentata) _____
(cognome e nome del familiare)

SEGUE SUL RETRO →

il ricovero ospedaliero (debitamente documentata) _____
(cognome e nome del familiare)

la malattia temporanea (debitamente documentata) _____
(cognome e nome del familiare)

la minore età del familiare convivente _____
(cognome e nome del familiare)

la condizione di studente del familiare convivente _____
(cognome e nome del familiare)

l'età superiore a 70 anni con una qualsiasi invalidità
comunque riconosciuta (debitamente documentata) _____
(cognome e nome del familiare)

l'incapacità totale al lavoro riconosciuta (debitamente documentata) _____
(cognome e nome del familiare)

l'infermità superiore ai 2/3 riconosciuta (debitamente documentata) _____
(cognome e nome del familiare)

la mancanza di patente guida in caso di necessità di trasporto
del disabile per visite mediche, terapie specifiche e simili _____
(cognome e nome del familiare)

la presenza in famiglia di più di tre minorenni _____

(cognomi e nomi dei minorenni)

la presenza in famiglia di un bambino di età inferiore a 6 anni _____
(cognome e nome del bambino)

Dichiaro altresì che nessun altro parente o affine entro il terzo grado usufruisce dei 3 giorni di permesso mensile retribuito di cui all'art. 33 - comma 3 - della L. 104/92 per assistere il suindicato parente con handicap in situazione di gravità.

Località e data _____

FIRMA _____

I dati che La riguardano saranno trattati in modo da garantire la riservatezza ai sensi dell'art.10 L.675/96.

La firma di questa dichiarazione NON NECESSITA DELL'AUTENTIFICAZIONE purchè "funzionalmente collegata" ad una qualsiasi istanza o sia inclusa nel testo di una richiesta presentata direttamente al dipendente addetto a ricevere la documentazione.