

lo sottoscritto \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE  
SOSTITUTIVA  
DELL'ATTO  
DI NOTORIETÀ**

**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**

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

**D I C H I A R O**

CHE IL MIO PARENTE

Allegato n. \_\_\_\_\_

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_

GRADO DI PARENTELA \_\_\_\_\_

1) È CONVIVENTE CON IL SOTTOSCRITTO AL SEGUENTE INDIRIZZO:

\_\_\_\_\_

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

3) CHE IL MIO 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 \_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_

**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.**