

DICHIARAZIONE DEL FAMILIARE DEL DISABILE CHE SI TROVA IN UNA SITUAZIONE DI IMPEDIMENTO TEMPORANEO PER RAGIONI DI SALUTE

Il sottoscritto.....nato/a a
il.....CF.....e residente a in qualità di
(grado di parentela).....del disabile Sig./ra.....
.....nato/a a.....
.....il.....CF.....residente..... in.....
.....prov.....Via/piazza.....cap.....in situazione di
impedimento temporaneo per ragioni di salute, consapevole delle sanzioni penali,
richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, per dichiarazioni non
veritiere, formazione o uso di atti falsi,

dichiara che lo/a stesso/a :

- o è in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl di.....il.....;
- o è in condizione di disabilità ,il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- o non è ricoverato a tempo pieno;
- o presta attività lavorativa e beneficia delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992 per se stesso;
- o non presta attività lavorativa;
- o è parente digrado in quanto.....;
- o consapevole che soltanto un lavoratore può fruire dei permessi per l'assistenza alla stessa persona disabile in situazione di gravità, intende essere assistito soltanto dal Sig./ranato/a a.....CF.....e residente a

Firma del familiare

.....

Luogo e data.....

Spazio riservato al funzionario incaricato

attesto che tale dichiarazione è stata resa dal Sig.....(estremi documento di riconoscimento.....) il quale ha altresì dichiarato di essere (grado di parentela).....del disabile che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute.

Luogo e data

Timbro e firma dell'addetto

.....