

AL SIG. SINDACO
DEL COMUNE DI SICULIANA

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a
il _____ a _____ (Prov. _____) residente a
_____ (Prov. _____) in Via
_____ n. _____ in servizio presso questo Ente in qualità
di _____

CHIEDE

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni in qualità
di:

- genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;
- genitore della persona disabile di età superiore a tre anni;
- parente, affine o coniuge di una persona con disabilità,
- disabile lavoratore richiedente i permessi.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 46 e 47 (R) T.U delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione
amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n.445)

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e
mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

a) che l'ASL di _____, nella seduta del _____, ha riconosciuto
la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/92) di:

Cognome e nome _____ Grado di parentela _____
data e luogo di nascita _____ residente a _____,
in Via _____ come risulta dalla certificazione che si
allega.

b) che la famiglia anagrafica della persona per la quale vengono richiesti i permessi è così costituita:

cognome e nome	data di nascita	rapporto di parentela	residenza
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

- che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati
- di essere l'unico soggetto a prestare assistenza con continuità ed in via esclusiva al portatore di handicap
- che i seguenti parenti non possono fornirle assistenza per i motivi indicati a fianco di ciascun nominativo:

cognome e nome	rapporto di parentela	motivo per cui non può prestare assistenza
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si allega, al riguardo, la seguente documentazione:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

Spazio per eventuali altre note:

Solo per coloro che richiedono di permessi in qualità di disabile lavoratore

- di voler fruire dei permessi secondo le seguenti modalità:
 - tre giorni al mese;
 - due ore al giorno dalle ore _____ alle ore _____
- che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sopraesposti (ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituto specializzato, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare)

Siculiana li _____

Il/La Dichiarante
