

ISTANZA CONTENENTE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE
DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA'
(articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il sottoscritto _____
(qualifica) (cognome) (nome)

in servizio presso _____ e

residente anagraficamente in _____ prov.di _____

via _____ cap. _____,

documento di riconoscimento _____ rilasciato da _____ il _____,

- a conoscenza delle **sanzioni penali** richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal decreto stesso;
- a conoscenza altresì che le dichiarazioni contenute nella presente istanza sono considerate come fatte a **pubblico ufficiale** e che qualora abbiano un contenuto non veritiero comportano, oltre alle predette sanzioni, la **decadenza dai conseguenti benefici** e la possibilità per il giudice di applicare l'**interdizione temporanea dai pubblici uffici**;
- previa lettura delle **note in calce** a questo modulo

CHIEDE

di poter usufruire dei **tre giorni di permesso mensile** di cui all'articolo 3, comma 3, della L. 5 febbraio 1992, n. 104 e all'articolo 20 della L. 8 marzo 2000, n. 53 e a tal fine

DICHIARA

1 che in _____ () via _____

risiede _____, nato a _____ () il _____,

soggetto **handicappato in situazione di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92** che con il sottoscritto presenta il seguente legame parentale o di affinità o matrimoniale:

_____ del sottoscritto;
(padre/madre, figlio/a, coniuge, nonno/a, suocero/a, zio fratello del padre, nipote figlio del fratello, ecc.);

2 che il sottoscritto effettivamente _____ con la predetta persona handicappata;
(convive/ non convive)

3

che _____ (vi sono / non vi sono) altre persone (minorenni o maggiorenni) che convivono con la persona handicappata e specificamente:

- 1- _____, nato a _____ () il _____, professione _____
- 2- _____, nato a _____ () il _____, professione _____
- 3- _____, nato a _____ () il _____, professione _____
- 4- _____, nato a _____ () il _____, professione _____
- 5- _____, nato a _____ () il _____, professione _____
- 6- _____, nato a _____ () il _____, professione _____
- 7- _____, nato a _____ () il _____, professione _____
- 8- _____, nato a _____ () il _____, professione _____

le quali con la stessa persona handicappata presentano **rispettivamente** il seguente legame parentale o di affinità o matrimoniale:

- 1 _____ ; 2 _____ ;
- 3 _____ ; 4 _____ ;
- 5 _____ ; 6 _____ ;
- 7 _____ ; 8 _____ ;

4

che il sottoscritto assiste **con continuità** tale persona handicappata; _____
_____ ;

(integrare la dichiarazione prestampata nel caso di distanza tra il luogo di servizio e/o abituale residenza e quello di residenza del soggetto handicappato)

5

che il sottoscritto assiste la persona handicappata **in via esclusiva**, specificando che tra i sopra citati conviventi, i seguenti, pur maggiorenni, sono impediti ad assisterla per i seguenti motivi:

(in caso di assenza di conviventi maggiorenni cancellare "tra i sopra citati conviventi motivi:" e scrivere "non ci sono conviventi maggiorenni")

_____ ;

6

che non vi è alcun lavoratore, dipendente pubblico o privato, che in relazione alla stessa persona handicappata usufruisce dei tre giorni di permesso mensile di cui all'articolo 33, comma 3, della L. 104/92;

7

che il predetto portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno presso alcuna struttura pubblica o privata _____ ;

(integrare la dichiarazione prestampata nel caso di ricovero temporaneo del soggetto handicappato specificando la causa del ricovero temporaneo)

8

che con la sottostante firma si intendono rilasciate tutte le dichiarazioni di cui ai precedenti sette punti.

Luogo e data: _____ **Il dichiarante** _____

Ai sensi dell'articolo 38 del D.P.R. 445/00 attesto che la sottoscrizione di cui sopra è stata apposta in mia presenza a seguito di identificazione del dichiarante, preventivamente ammonito sulla responsabilità penale e delle altre conseguenze cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci.

Luogo e data: _____

Il dipendente addetto _____

(qualifica, cognome, nome e firma)

ALLEGATI: _____

(per usufruire del beneficio occorre originale o copia autenticata di certificato dell'apposita Commissione ASL ex articolo 4 della L. 104/92 attestante l'handicap grave)

-
- *Nel caso in cui la persona handicappata sia un figlio maggiorenne convivente oppure un figlio minorenni (convivente o meno) non è opportuno usare il presente modello, in quanto buona parte delle dichiarazioni in esso previste non sono dovute, bensì i Mod. P104-B o P104-C.*
 - *In alternativa all'attestazione del dipendente addetto a ricevere la dichiarazione, il dichiarante può allegare la fotocopia di un suo valido documento di riconoscimento.*
 - *Ai sensi dell'articolo 10 della L. 675/96 si informa: a) che i dati contenuti nel presente modello sono richiesti per la valutazione di alcuni dei presupposti richiesti per l'ammissione al godimento dei permessi richiesti, che il presente modello debitamente compilato va prodotto unitamente al certificato rilasciato dall'apposita Commissione ASL di cui all'articolo 4 della L. 104/92 attestante l'handicap grave di un familiare e che verrà conservato presso l'Ufficio del personale competente a provvedere, unitamente al certificato ASL e allo scaricato del relativo provvedimento dell'Amministrazione; b) che la dichiarazione sostitutiva può essere rilasciata senza utilizzare il presente modello, purché comunque secondo le modalità di cui al D.P.R. 445/00; c) che le conseguenze del mancato conferimento dei dati o delle informazioni di cui sopra consistono nella non ammissione al godimento dei permessi richiesti e nella trasformazione in congedo ordinario dei permessi stessi eventualmente goduti in via provvisoria nel periodo intercorrente tra la presentazione dell'istanza al riscontro della stessa da parte dell'Ufficio competente; d) che i diritti dell'interessato in relazione al trattamento di dati personali sono elencati all'articolo 13 della citata L. 675/96.*

**DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE
DELL'HANDICAPPATO**

Il/La sottoscritt _____ nat __ a _____
prov. (____) il _____

Il/La sottoscritt _____ nat __ a _____
prov. (____) il _____

Il/La sottoscritt _____ nat __ a _____
prov. (____) il _____

conviventi con il/la Sig. _____ (specificare la
relazione di parentela o affinità) _____, familiare disabile, con il
quale abitano nel Comune di _____ (____) via

DICHIARANO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000 di non essere nelle condizioni di prestare assistenza
continuativa al familiare disabile per i seguenti
motivi: _____ e pertanto di non avvalersi dei
benefici previsti dall'art. 33, l. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

_____ li, _____

Firme _____

**DICHIARAZIONE DI EFFETTIVA CONVIVENZA ANAGRAFICA CON
L'HANDICAPPATO**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Il/La sottoscritt _____ nat a _____
_____ prov. () il _____,
qualifica _____ avendo chiesto di beneficiare dell'art.
33 della legge 104/1992

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

ai sensi della legge n. 15/1968, e DPR 445/2000 di essere effettivamente convivente
con _____ (specificare la
relazione di parentela o affinità) _____ unitamente al
quale abita nel Comune di _____ () via
_____ e che la descritta situazione risulta agli atti
dell'anagrafe del Comune, avendo il/la sottoscritt _____ adempiuto alle prescrizioni dell'art. 13 del
DPR n° 223/89.

_____ li _____

Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
concernente fatti, stati e qualità personali a diretta conoscenza dell'interessato
(art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____
(COGNOME) (NOME)

nato/a a _____ il _____
(LUOGO) (PROV.) (data)

residente a _____
(Luogo) (prov.)

in Via _____ n. _____ cap. _____
(indirizzo)

consapevole della responsabilità penale cui va incontro nel caso di falsa dichiarazione (sanzioni penali così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

IL DICHIARANTE

.....
(luogo e data)

.....
(firma per esteso e leggibile)

N.B. (Allegare una fotocopia del documento di Identità)