

Modulo dichiarazione di conferma benefici legge 104

Il sottoscritto _____, nato a _____,
il _____, residente a _____ prov. _____
Via _____, (qualifica) _____,

DICHIARA

che permangono le condizioni prescritte per usufruire di tutti i benefici previsti dalle legge in oggetto, per assistere il proprio _____ (padre-madre-figlio-zio, ecc.) sig./ra_ _____, nato il _____ a _____ e residente a _____ in via _____, riconosciuto portatore di handicap in situazione di gravità ai sensi dell'art. 33, c. 3 della legge 104/1992, da parte della competente commissione medica dell'A.S.L. di _____ di cui all'art. 4 c. 1 della L. 104/92.

A tal fine,

DICHIARA

- il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata (eccezioni indicate al punto 5 della Circ. Min. Funzione Pubblica n.13/2010);
- di essere il referente unico quale punto di riferimento di tutta l'attività di assistenza al disabile e nessun' altro soggetto beneficia dei permessi per lo stessa persona in situazione di disabilità grave;
- di non essere il referente unico, pertanto usufruirà dei permessi per l'attività di assistenza al disabile, alternativamente al seguente avente diritto :
NOME _____ COGNOME _____ DATA/LUOGO NASCITA _____
In servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti) _____

Si fa riferimento alla certificazione precedentemente allegata, rilasciata dalla commissione medica dell'A.S.L. di _____ di cui all'art. 4 c. 1 della L. 104/92, non rivedibile/ rivedibile il _____.

*Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, ed a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell'Amministrazione, **dichiara** che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità e s'impegna a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sopraesposti (ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituto specializzato, modifica o revoca della gravità dell'handicap, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare, ecc.).
Il sottoscritto **dichiara** di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/03 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

Ravenna _____ FIRMA _____