

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E ATTO NOTORIETA'

assenza e/o impossibilità dei figli

(da allegare solo alla domanda redatta su modello D)

il sottoscritto

cognome

nome

nato a

--

 provincia

--

 in data

--

in relazione alla richiesta di un periodo di congedo ai sensi dell'art. 42, comma 5, d.lgs. 151/2001 per assistere il proprio:
consapevole delle sanzioni penali previste per dichiarazioni non veritiere o falsità in atti, richiamate dall'art.76, DPR n. 445/2000, e consapevole che, qualora dai controlli previsti dall'art. 71 citato DPR emerga la non veridicità del contenuto

DICHIARA

(compilare e barrare i campi o le caselle che interessano)

assistito	di assistere il/la FRATELLO/SORELLA convivente:	
	cognome	nome
	nato a	provincia in data
	a) <input type="checkbox"/>	che l'assistito non ha figli (in questo caso non compilare i sottoriportati quadri 1, 2 e 3)
b) <input type="checkbox"/>	che i figli dell'assistito si trovano nelle seguenti condizioni (compilare i sottoriportati quadri 1, 2 e 3 per ogni figlio dell'assistito):	

quadro 1	FIGLIO DELL'ASSISTITO	cognome e nome
	nato il	codice fiscale
	<input type="checkbox"/>	è minore di anni 18
	<input type="checkbox"/>	è stata giuridicamente accertata la scomparsa di fatto dal domicilio o dalla residenza
<input type="checkbox"/>	ha patologia invalidante (stato morbosio certificato come invalidante da commissioni medico-legali o da ASL o da struttura convenzionata con ASL, nonché ulteriori fattispecie riconducibili, in modo espresso e univoco, a una delle situazioni previste dall'art. 2, co.1, lett. d), numeri 1, 2, 3 e 4, Decreto Interministeriale n. 278 del 21.07.2000 reperibile su www.normattiva.it) Si allega certificazione medica in tal senso.	

quadro 2	FIGLIO DELL'ASSISTITO	cognome e nome
	nato il	codice fiscale
	<input type="checkbox"/>	è minore di anni 18
	<input type="checkbox"/>	è stata giuridicamente accertata la scomparsa di fatto dal domicilio o dalla residenza
<input type="checkbox"/>	ha patologia invalidante (stato morbosio certificato come invalidante da commissioni medico-legali o da ASL o da struttura convenzionata con ASL, nonché ulteriori fattispecie riconducibili, in modo espresso e univoco, a una delle situazioni previste dall'art. 2, co.1, lett. d), numeri 1, 2, 3 e 4, Decreto Interministeriale n. 278 del 21.07.2000 reperibile su www.normattiva.it) Si allega certificazione medica in tal senso.	

quadro 3	FIGLIO DELL'ASSISTITO	cognome e nome
	nato il	codice fiscale
	<input type="checkbox"/>	è minore di anni 18
	<input type="checkbox"/>	è stata giuridicamente accertata la scomparsa di fatto dal domicilio o dalla residenza
<input type="checkbox"/>	ha patologia invalidante (stato morbosio certificato come invalidante da commissioni medico-legali o da ASL o da struttura convenzionata con ASL, nonché ulteriori fattispecie riconducibili, in modo espresso e univoco, a una delle situazioni previste dall'art. 2, co.1, lett. d), numeri 1, 2, 3 e 4, Decreto Interministeriale n. 278 del 21.07.2000 reperibile su www.normattiva.it) Si allega certificazione medica in tal senso.	

DATA

FIRMA
