**ISTANZA DI RICONOSCIMENTO DELLE AGEVOLAZIONI PREVISTE DALLA LEGGE 104/1992 E SUCC. MOD. E DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA’**

**rese ai sensi della normativa vigente in materia di autocertificazioni**

**(per ogni familiare da assistere)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con qualifica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

che gli/le venga riconosciuto il diritto a fruire delle agevolazioni previste dall’art. 33, commi 2 e 3, della Legge n. 104/1992, come modificato dall’art 24 della Legge n. 183/2010, per assistere il proprio familiare portatore di handicap in situazione di gravità, come da verbale ASL che si allega.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere o falsità in atti, richiamate dall’art. 76 del DPR n. 445/2000 e consapevole che, qualora dai controlli previsti dall’art. 71, D.P.R. cit. emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, è prevista la decadenza dai benefici conseguiti, ai sensi dell’art. 75 del D.P.R. cit.

**DICHIARA**

* che il proprio stato civile è il seguente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(1)*;
* che l’assistito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato il\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e

(Nome e cognome)

domiciliato in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è proprio familiare entro il 2° grado in quanto\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(2)*;

**\*OVVERO**

che l’assistito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato il\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e

(Nome e cognome)

domiciliato in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è proprio familiare entro il 3° grado in quanto\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(2)* e si trova in una delle condizioni previste dall’art. 24, comma1, della Legge n. 183/2010, come da documentazione allegata;

* che, ai sensi dell’art. 33, comma 3, della legge n.104/92, sussiste il riconoscimento del diritto alla fruizione dei benefici per l’assistenza al soggetto portatore di handicap **anche in favore dei seguenti familiari e/o affini, in via alternativa tra loro, che ne abbiano presentato espressa richiesta scritta:**
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*Nome e cognome*)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*P.A. / Ente o datore di lavoro privato*)

nella qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(*indicare se coniuge o convivente di fatto o soggetto unito civilmente o parente/affine*

*entro il 2° grado o entro il 3° grado nei casi consentiti*)

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Nome e cognome)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(*P.A. / Ente o datore di lavoro privato*)

nella qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(indicare se coniuge o convivente di fatto o soggetto unito civilmente o parente/affine

entro il 2° grado o entro il 3° grado nei casi consentiti)

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Nome e cognome)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(P.A. / Ente o datore di lavoro privato)*

nella qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(indicare se coniuge o convivente di fatto o soggetto unito civilmente o parente/affine

entro il 2° grado o entro il 3° grado nei casi consentiti)

* che l’assistito NON è ricoverato a tempo pieno in strutture che assicurano assistenza sanitaria continuativa e/o specialistica;

**\*OVVERO**

che l’assistito è ricoverato a tempo pieno nella struttura sanitaria

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ma bisognevole di assistenza in quanto minore di età o paziente

(Denominazione o comune)

in stato di coma vigile e/o terminale, come da documentazione allegata;

* di impegnarsi a comunicare eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate nella presente istanza con particolare riguardo alla condizione di ricovero a tempo pieno dell’assistito, alla revoca del giudizio di “gravità dell’handicap” o al decesso del disabile.

Si allega la seguente documentazione:

Data,

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VISTO:

Il Dirigente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*La presente istanza può essere inviata anche in fax o e-mail purché con fotocopia di documento di identità di colui che la sottoscrive.*

*I dati sopra riportati sono trattati ai sensi del d.lgs. n.196/2003 e sono acquisiti esclusivamente per l’eventuale accoglimento dell’istanza e per la trasmissione dei dati ai sensi dell’art. 24 della Legge n. 183/2010; il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l’impossibilità di dar corso a quanto richiesto.*

*1) celibe, nubile, coniugato, divorziato, vedovo…*

*2) indicare la relazione di parentela*

*\* cancellare la dichiarazione che non interessa.*