

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
(Artt.46 e 47 del T.U. approvato con D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritta

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

in servizio presso \_\_\_\_\_

a conoscenza delle sanzioni penali previste dall' art.76 del succitato T.U. in caso di dichiarazioni mendaci

D I C H I A R A

Che il/la proprio/a \_\_\_\_\_  
precisare rapporto di parentela \_\_\_\_\_ cognome e nome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ non/ è ricoverato/a a tempo pieno presso Istituti specializzati;

- di non / essere convivente e che il disabile ha accettato di essere assistito con i requisiti della continuità ed esclusività dal/la sottoscritto/a come dichiarato;
- che si impegna, inoltre, a comunicare le eventuali variazioni delle notizie e situazioni sopra dichiarate;
- che nessun'altra persona fruisce a sua volta di permessi per l'assistenza alla persona disabile in situazione di gravità per il/la quale si chiedono i permessi mensili e alla/al quale si presta assistenza.
- Che pur avendo un grado di parentela/affinità di terzo grado il familiare non ha genitori o coniuge che lo possano assistere perché:
  - mancanti
  - affetti da patologie invalidanti (documentate con cert.medico)
  - ultrasessantacinquenni

data \_\_\_\_\_

il/ la dichiarante \_\_\_\_\_

File-stamp.ric.legge104