

MODELLO DICHIARAZIONE DI INDIVIDUAZIONE DEL REFERENTE UNICO PER L'ASSISTENZA

DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (Prov _____) il _____
C.F. _____
residente in _____ (Prov _____) CAP _____
via/piazza _____

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

dichiara

di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl di _____ il _____;

di essere in condizione di disabilità, il cui stato di gravità è in corso di accertamento;

di non essere ricoverato a tempo pieno;

di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/1992 per se stesso;

di non prestare attività lavorativa;

di essere parente di _____ grado del Sig./ra _____ in quanto _____;

consapevole che soltanto un lavoratore può fruire dei permessi per l'assistenza alla stessa persona disabile in situazione di gravità, di voler essere assistito soltanto dal Sig./ra _____
nato/a a _____ (Prov. _____), C.F. _____
e residente a _____ (Prov. _____).

Luogo e data _____

Firma _____