

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(artt. 2 L. 15/68, art. 3, comma 10, L. 127/77)

Il/La sottoscritto/a..... nato/a..... a
....., il..... con residenza anagrafica nel
Comune di Via
....., n..... e abitazione nel Comune
di....., alla Via.....
a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 26 L. 4 gennaio 1968 n. 15, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 2 L. 15/68 richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA CHE

- Assiste con continuità ed invia esclusiva il Sig. (indicare anche il grado di parentela), nato a
..... il..... e residente in
..... alla Via..... portatore di grave
handicap;
- non vi sono altri parenti o affini entro il 3° grado che usufruiscono per lo stesso motivo, da parte dei rispettivi datori di lavoro, delle agevolazioni di cui all'Art. 33 della Legge 104/92;
- il Sig..... che risulta nel nucleo familiare del predetto portatore di handicap, svolge la seguente attività di lavoro autonomo..... Pertanto non può prestare assistenza con continuità ed in via esclusiva al portatore di handicap;
(tale ipotesi è necessaria solo in caso vi sia un lavoratore autonomo nel nucleo familiare del portatore di handicap).
- Il predetto portatore di handicap * non svolge attività lavorativa;
oppure
- *svolge attività lavorativa ma non usufruisce per se stesso dei permessi di cui all'art. 33 della suddetta Legge;
oppure
- svolge attività lavorativa, usufruisce per se stesso dei permessi ma necessita di assistenza da parte del sottoscritto (come da allegata valutazione INPS);

Il predetto portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno presso strutture specializzate;

si impegna a dare tempestiva comunicazione all'Azienda per cui presta servizio in caso di variazioni della situazione attestata dalla presente dichiarazione.

Letto, confermato e sottoscritto.

IL/LA DICHIARANTE

.....li,

.....