

**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 sottoscritt _____

nato/a a _____ (Prov _____) il ____/____/____

C.F. _____ residente in _____ (Prov _____)

via/piazza _____ Cap _____

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 digrado 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
