

DICHIARAZIONE DELLA PERSONA CHE ESERCITA LA POTESTA' GENITORIALE/TUTORE/CURATORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO DELLA PERSONA IN SITUAZIONE DI DISABILITA' GRAVE (DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)

Il/la sottoscritt nato/a a ilCF.....residente in..... prov..... via/piazza..... cap..... in qualità di **genitore** **tutore**, **curatore**, **amministratore di sostegno** del Sig./ranato/a ail.....CF.....residente a 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 che:

il/la Sig./ra

- o è parente di.....grado del Sig./ra.....in quanto.....;
- o consapevole che soltanto un lavoratore può fruire dei permessi per l'assistenza alla stessa persona disabile in situazione di gravità, intende essere assistito soltanto dal Sig/ra.....nato/a a.....il.....CF.....e residente a
- o è in condizione di disabilità grave ai sensi dell'art.3, comma 3, della L. n.104/92 riconosciuta con verbale della Commissione ASL di.....il.....;
- o è in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- o non è ricoverato a tempo pieno
- o svolge attività lavorativa e di beneficia delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992;
- o non presta attività lavorativa.

Si allega copia del documento di riconoscimento n.....rilasciato da.....il.....

Luogo e data

Firma