

numero di mesi: _____ gg. _____ dal _____ al _____

numero di mesi: _____ gg. _____ dal _____ al _____

numero di mesi: _____ gg. _____ dal _____ al _____

5. di aver già fruito nell'arco della propria vita lavorativa, per assistere altri familiari con disabilità di periodi di congedo straordinario retribuito per un numero di giorni, pari a _____;
6. che la persona con necessità di sostegno intensivo non ha altri figli conviventi;
7. che il coniuge del soggetto da assistere è mancante, deceduto o affetto da patologie invalidanti;
8. che il soggetto, persona con disabilità, non è ricoverato a tempo pieno;
9. di impegnarsi a comunicare qualsiasi variazione di notizia a situazione dichiarata nel presente modulo, di essere altresì consapevole che l'amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni di dichiarazioni false, potrà subire un procedimento e decadere da eventuali benefici ottenuti.

Data _____

Firma _____

DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO CON NECESSITA' DI SOSTEGNO ELEVATO O MOLTO ELEVATO

Il/La sottoscritt _____ nat _____ a _____ il _____ residente a _____ (____) in Via _____ consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000

dichiara sotto la propria responsabilità

- di essere _____ del _____ richiedente con cui convivo e da cui intendo essere assistito in maniera esclusiva;
- di essere soggetto con necessità di sostegno elevato o molto elevato accertato dalla competente Commissione (art. 4, comma 1, della legge n. 104/92) di _____;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- che il proprio coniuge, convivente, _____, non presta attività lavorativa (solo per genitore);
- che non presterò attività lavorativa nei periodi di congedo fruiti dal richiedente.

Rosarno, _____

firma
