

Il/La sottoscritto/a

Qualifica: Cognome Nome:
 nato a (....) il C.F.
 residente in via n. Sc. P. Int.
 celibe/nubile coniugato/a unito/a civilmente convivente di fatto vedovo/a coniuge mancante (*allegare provvedimento da cui risulti lo stato giuridico: si veda legenda*) parte unita civilmente mancante (*allegare provvedimento da cui risulti lo stato giuridico: si veda legenda*) con il Sig/ra nato a (....) il C.F.
 residente in via n. Sc. P. Int.

CHIEDE

- ai sensi dell'art. 33, comma 3, legge 104/92 e s.m.i., di poter fruire dei permessi mensili retribuiti per assistere il/la Sig/ra: , coniuge persona a lui unita civilmente convivente di fatto parente/affine di grado (**descrivere in modo analitico il legame di parentela/affinità**) riconosciuta persona disabile in situazione di gravità;
- ai sensi dell'art. 33, comma 6, legge 104/92 e s.m.i., di poter fruire dei permessi mensili **per sé stesso**, riconosciuta persona disabile in situazione di gravità.

A tal fine allega la sottonotata documentazione:

- Copia del verbale di accertamento dell'Handicap grave datato (*qualora non ancora presentato o siano intervenute modifiche*)
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà redatta dal disabile familiare Mod. "IP"
 tutore curatore amm.re di sostegno Mod. "LP"

N.B. Tale dichiarazione non deve essere presentata qualora i permessi in questione siano richiesti per assistere il figlio MINORENNE.

- Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà resa dal sottoscritto per assistenza alla persona disabile in situazione di gravità Mod. "M"
- Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà resa dal sottoscritto sulla conoscenza degli aspetti e tratti peculiari dei permessi richiesti Modd. "N" e "O"

Altro:

Luogo e data **Firma del richiedente**

La presente può essere sottoscritta in presenza del funzionario dell'ufficio o, in alternativa, può essere spedita per posta o fax, corredata da una copia di valido documento di riconoscimento dell'interessato - art. 38 Testo Unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000

| | |
|------------------------------|---|
| Spazio riservato all'Ufficio | Si attesta l'autenticità della firma, apposta in mia presenza sulla presente istanza e sui seguenti modelli allegati: <input type="checkbox"/> "N" <input type="checkbox"/> "O" <input type="checkbox"/> "M" dal dipendente in data (art. 38 Testo Unico della documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000), il quale è stato preventivamente ammonito/a sulle responsabilità penali cui si può andare incontro in caso di dichiarazione mendace Luogo e data Timbro e firma del funzionario addetto |
|------------------------------|---|

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA CUMULATIVA DI CERTIFICAZIONE e DI ATTO DI NOTORIETA'

(artt.46 e 47 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Mod."M" pag.1 di 4

Io sottoscritto/a..... nato/a a..... (.....) il.....
in relazione alla domanda di **permessi mensili retribuiti per assistenza a persona disabile in situazione di gravità**
presentata in data, ai sensi della Legge 104/92 e s.m.i, *consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni, di
formazione e di uso di atti falsi il D.P.R. 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76 e 75) e informato/a che i dati forniti saranno
utilizzati ai sensi del D.lgs 196/2003 e s.m.i.*

DICHIARO

- **di essere residente** in(.....) vian.....Sc.....
Piano.... Int....e dimorante, *(da compilare solo nel caso sia diversa dalla residenza anagrafica)*
in..... (.....) via..... n.....p..... sc..... int.....
- **di dimorare in comune situato a distanza stradale** inferiore superiore a 150 Km rispetto alla residenza della
persona disabile in situazione di gravità
- di non essere essere stato **formalmente autorizzato** a dimorare in modo abituale e permanente nel rispetto degli
obblighi di servizio previsti dal combinato disposto degli art. 32 e 33 del d.p.r.782/85 **(n.b. da compilare solo da coloro
che dimorano fuori dal comune ove ha sede il proprio ufficio di appartenenza)** in
(.....) vian.....piano scala intcon
autorizzazione n..... rilasciata il..... da
- **di** non usufruire usufruire di alloggio collettivo presso :.....
- **che i permessi sono richiesti per :** se stesso
- **che i permessi mensili retribuiti sono richiesti per assistere la persona disabile in situazione di gravità**
Sig/ra..... nato/a a (.....) il.....
residente in (.....) via..... n... Sc... Piano.... Int.... C.F.
....., dimorante temporaneamente *(da compilare solo nel caso sia diversa dalla residenza
anagrafica – si veda mod.O)* in (.....) via..... n..... Sc..... Piano.....
Int....., come da registrazione nello schedario della popolazione temporanea nel predetto comune; data del provvedimento
di adozione/affidamento..... rilasciato dal tribunale di
provvedimento n..... data ingresso in famiglia
- riconosciuto/a disabile in situazione di gravità**
 - con verbale rilasciato da.....il.....validità ritenuta non rivedibile rivedibile in data.....
 - con certificazione provvisoria rilasciata da in data.
*(N.B.: in tal caso allegare una dichiarazione liberatoria con la quale il dipendente si impegna alla restituzione delle prestazioni
ricevute che, a procedimento definitivamente concluso, risultassero indebite, per effetto del mancato riconoscimento
dell'handicap grave da parte della competente Commissione Medica)*
 - con sentenza omologa rilasciata dal Tribunale di in data.....
(N.B: è necessario allegare le conclusioni della relazione del Consulente Tecnico d'Ufficio)
- **di essere nella seguente relazione di parentela con la persona disabile in situazione di gravità:**
 - coniuge persona a lui unita civilmente convivente di fatto, **come da dichiarazione anagrafica effettuata in
data..... nel comune di.....**
 - parente o affine di I grado(descrivere in modo analitico il legame di parentela/affinità)
 - parente o affine di II grado (descrivere in modo analitico il legame di parentela/affinità)
 - parente o affine di III grado (descrivere in modo analitico il legame di parentela/affinità)
- **che la persona disabile in situazione di gravità è** celibe/nubile coniugato/a unito/a civilmente convivente di
fatto vedovo/a coniuge mancante *(allegare provvedimento da cui risulti lo stato giuridico: si veda legenda)* parte unita
civilmente mancante *(allegare provvedimento da cui risulti lo stato giuridico: si veda legenda)* convivente di fatto mancante
(allegare provvedimento da cui risulti lo stato giuridico: si veda legenda) con il Sig/ra.....

nato/a a (.....) il..... **residente** in (.....) via..... n... Sc... Piano... Int... C.F., dimorante temporaneamente *(da compilare solo nel caso sia diversa dalla residenza anagrafica – si veda mod.O)* in (.....) via..... n..... Sc..... Piano..... Int....., come da registrazione nello schedario della popolazione temporanea nel predetto comune,

- **che la persona disabile in situazione di gravità** non è lavoratore è lavoratore dipendente presso posizione Inps n..... o altra posizione lavoratore autonomo con sede p.iva
- **che la persona disabile in situazione di gravità** non è ricoverata è ricoverata a tempo pieno. *In caso affermativo, indicare la denominazione e l'indirizzo della struttura, precisando e documentando quali siano le circostanze che giustificano la richiesta di assistenza al disabile nonostante sia ricoverato:*

PARTE RISERVATA AL CASO DI ASSISTENZA AL FIGLIO CON HANDICAP

- **l'altro genitore della persona in situazione di gravità** è il Sig/ra..... nato/a a (.....) il..... **residente** in (.....) via..... n... Sc... Piano... Int... C.F., dimorante temporaneamente *(da compilare solo nel caso sia diversa dalla residenza anagrafica – si veda mod.O)* in (.....) via..... n..... Sc..... Piano..... Int....., come da registrazione nello schedario della popolazione temporanea nel predetto comune, non lavoratore lavoratore dipendente presso posizione Inps n..... o altra posizione lavoratore autonomo con sede p.iva..... che non fruisce fruisce **alternativamente** con lo scrivente, degli stessi permessi 104/92, per lo stesso figlio/a, nella misura massima di tre giorni mensili tra tutti e due i genitori,

PARTE RISERVATA AL CASO DI ASSISTENZA AL PARENTE/AFFINE ENTRO IL TERZO GRADO

N.B. in caso di mancanza o decesso

Generalità del **coniuge** **parte di un'unione civile** **convivente di fatto** (con registrazione nel comune di della persona con handicap

- cognome.....nome..... nato/a il ___/___/___ a..... C.F..... residente in..... domiciliato/a in..... con più di 65 anni deceduto mancante (motivo)
- affetto/a da patologie invalidanti (come da certificazione allegata rilasciata il ___/___/___ da

Generalità del **padre** della persona con handicap

- cognome.....nome..... nato/a il ___/___/___ a..... C.F..... residente in..... domiciliato/a in..... con più di 65 anni deceduto mancante (motivo)
- affetto/a da patologie invalidanti (come da certificazione allegata rilasciata il ___/___/___ da

Generalità della **madre** della persona con handicap

- cognome.....nome..... nato/a il ___/___/___ a..... C.F..... residente in..... domiciliato/a in..... con più di 65 anni deceduto mancante (motivo)
- affetto/a da patologie invalidanti (come da certificazione allegata rilasciata il ___/___/___ da

PARTE RISERVATA NEL CASO IN CUI I PERMESSI VENGONO RICHIESTI DA PIU' LAVORATORI PER ASSISTERE LA STESSA PERSONA CON HANDICAP DA PARTE DEL CONIUGE O DAI PARENTI/AFFINI DI PRIMO-SECONDO-TERZO GRADO

N.B. Fermo restando il limite complessivo di tre giorni, per l'assistenza allo stesso individuo con disabilità in situazione di gravità, il diritto può essere riconosciuto su richiesta, a più soggetti aventi diritto, che possono fruirne in via alternativa tra loro.

Generalità di altri famigliari aventi diritto che hanno chiesto e fruiscono dei permessi per la stessa persona con handicap NO

SI: cognome.....nome..... nato/a il ___/___/___ a.....

C.F..... residente in..... domiciliato/a

in..... grado di parentela tipo di parentela

Fruisce dal ___/___/___ Datore di lavoro

indirizzo del datore di lavoro Pec/mail.....

Telefono ufficio del personale del datore di lavoro.....

Altre notizie.....

PARTE DA COMPILARE NEL CASO IN CUI I PERMESSI VENGONO RICHIESTI DAL DIPENDENTE IN FORMA CUMULATIVA PER ASSISTERE PIU' PERSONE CON DISABILITA' PARENTI/AFFINI DI PRIMO O DI SECONDO GRADO

N.B. Il lavoratore ha diritto di prestare assistenza nei confronti di più persone con disabilità in situazione di gravità, a condizione che si tratti del coniuge o della parte di un'unione civile o del convivente di fatto o di un parente affine entro il primo grado o entro il secondo grado qualora i genitori o il coniuge della persona con disabilità in situazione di gravità abbiano compiuto i 65 anni di età oppure siano anch'essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti.

- di aver già richiesto e di fruire di analogo beneficio per assistere ALTRO disabile SI NO.

In caso affermativo, indicare le generalità e il grado di parentela dell'altro assistito:

.....
.....
.....

Generalità del coniuge parte di un'unione civile convivente di fatto (con registrazione nel comune di
dell'altra persona con handicap

- cognome.....nome..... nato/a il ___/___/___ a.....

C.F..... residente in..... domiciliato/a in.....

..... con più di 65 anni deceduto mancante (motivo

affetto/a da patologie invalidanti (come da certificazione allegata rilasciata il ___/___/___ da

Generalità del padre dell'altra persona con handicap

- cognome.....nome..... nato/a il ___/___/___ a.....

C.F..... residente in..... domiciliato/a in.....

..... con più di 65 anni deceduto mancante (motivo

affetto/a da patologie invalidanti (come da certificazione allegata rilasciata il ___/___/___ da

Generalità della madre dell'altra persona con handicap

- cognome.....nome..... nato/a il ___/___/___ a.....
 C.F..... residente in..... domiciliato/a in.....
 con più di 65 anni deceduto mancante (motivo)
 affetto/a da patologie invalidanti (come da certificazione allegata rilasciata il ___/___/___ da)

Altre notizie utili:.....

Luogo e data..... **Firma del richiedente**.....

La presente può essere sottoscritta in presenza del funzionario dell'ufficio o, in alternativa, può essere spedita corredata da una copia di valido documento di riconoscimento dell'interessato - art. 38 Testo Unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000

| | |
|-------------------------------------|--|
| Spazio riservato all'Ufficio | Si attesta l'autenticità della firma, apposta in mia presenza dal dipendente: |
| | _____ in data _____ (art. 38 Testo Unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000) Timbro e firma del funzionario addetto |

Io sottoscritto/a.....Qual..... nato/a a.....
(.....) il..... in relazione alla domanda di permessi mensili retribuiti a persona disabile con handicap grave data
....., **ai sensi dell'art. 33□ comma 3□ comma 6, legge 104/92 e s.m.i., consapevole che in caso di mendaci
dichiarazioni, di formazione e di uso di atti falsi il D.P.R. 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76 e 75) e
informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del D.lgs 196/2003 e s.m.i.**

DICHIARO

- a) di impegnarsi a comunicare tempestivamente la revisione del giudizio di gravità dell'handicap eventualmente effettuata da parte della Commissione ASL/Inps;
- b) di essere, nell'ambito dei parenti ed affini entro il 3° grado della persona in situazione di handicap, fruitore dei permessi mensili retribuiti previsti dalla legge 104/92 e s.m.i (n.b. nel caso in cui i permessi vengano chiesti congiuntamente ad altri famigliari aventi diritto per assistere la stessa persona con handicap, i permessi possono essere fruiti alternativamente nel limite massimo di tre giorni mensili, tra gli aventi diritto);
- c) di essere a conoscenza che i permessi in argomento non possono essere fruiti negli stessi giorni in cui si fruisce del congedo straordinario biennale - retribuito e non retribuito- per assistenza alla persona disabile, ai sensi dell'art.4 comma2 della L.53/2000 e s.m.i. e dell'art.33 co. 2 della L.104/92 e s.m.i. e degli artt.33 e 42 co.5 del Dlgs. 151/2001 e s.m.i.;
- d) di prestare realmente assistenza nei confronti della persona in situazione di handicap per il quale sono chiesti i permessi e di essere consapevole che le agevolazioni in argomento sono uno strumento di assistenza al disabile e che, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno morale oltre che giuridico a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- e) di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;
- f) di essere a conoscenza dell'obbligo di dare immediata comunicazione al proprio ufficio di appartenenza di ogni variazione rispetto a quanto sopra dichiarato e documentato, ovvero di ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni e di dover interrompere immediatamente la fruizione nel caso in cui dovessero venir meno i presupposti di legge;
- g) di autorizzare il trattamento dei dati personali oggetto della richiesta dei permessi mensili retribuiti e di essere a conoscenza che tutti i dati personali raccolti attraverso la compilazione della domanda, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dalla legge ed il trattamento avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti della Questura di Roma opportunamente incaricati ed istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti;
- h) di essere a conoscenza che all'inizio di ogni mese dovrà comunicare all'amministrazione se intende fruire i permessi in ore (totali 18) o in giorni (totali 3);
- i) **che salvo dimostrate situazioni di urgenza, per la fruizione dei permessi, l'interessato dovrà comunicare al dirigente competente le assenze dal servizio con congruo anticipo, se possibile con riferimento all'intero arco temporale del mese. Inoltre qualora non sia possibile comunicare tali assenze nell'arco del mese, la comunicazione dovrà essere effettuata nell'ambito della programmazione del servizio settimanale, tenendo conto che se il permesso venga richiesto successivamente alla programmazione medesima per improvvise esigenze di assistenza al disabile, il dipendente è tenuto a documentare o dichiarare l'urgenza e l'imprevedibilità della situazione;**
- j) di essere a conoscenza che nel caso in cui la persona con handicap grave sia ricoverata a tempo pieno in luogo di cura o simili, dovrà dare immediata comunicazione scritta di tale stato all'ufficio di appartenenza e potrà beneficiare dei permessi mensili retribuiti nella misura e nelle modalità previste dalla normativa e circolari di riferimento, solo qualora ricorra almeno una delle seguenti eccezioni – circolare INPS n. 32 del 06.03.2012: a) interruzione del ricovero per necessità del disabile in situazione di gravità di recarsi al di fuori della struttura che lo ospita per effettuare visite e terapie, debitamente certificate; b) ricovero a tempo pieno di un disabile in situazione di gravità in coma vigile e/o in situazione terminale; c) ricovero a tempo pieno di un soggetto disabile situazione di gravità per il quale risulti documentato dai sanitari della struttura ospedaliera la necessità di assistenza da parte di un genitore o di un familiare;
- k) di essere a conoscenza che ai sensi del combinato disposto degli artt. 32 e 33 del D.P.R. 782/85 e s.m.i. il personale della Polizia di Stato ha l'obbligo di stabilire l'effettiva e permanente dimora nel luogo di servizio e che il capo dell'ufficio o reparto per rilevanti ragioni, può autorizzare il dipendente che ne faccia richiesta a risiedere in luogo diverso da quello in cui presta servizio quando ciò sia conciliabile con il pieno e regolare adempimento di ogni altro suo dovere e la sede di servizio sia raggiungibile nel più breve tempo possibile, e comunque, entro un'ora dalla chiamata;
- l) di essere a conoscenza che nei casi in cui tra la residenza dell'assistito e quella del dipendente vi sia una distanza stradale superiore a 150 Km, il dipendente dovrà attestare, relativamente ai giorni di permesso fruiti, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito con un titolo di viaggio o altra documentazione idonea – art.6.1 lett.bD.lgs n19/2011;
- m) di essere a conoscenza che l'amministrazione procederà alla verifica periodica o anche a campione delle dichiarazioni sostitutive, secondo le consuete modalità (artt.71 e 72 del d.p.r. 445/2000) attraverso i propri servizi ispettivi o comunque su disposizioni impartite dall'ufficio preposto alla gestione del personale;
- n) di essere a conoscenza che, ove nell'ambito o a seguito degli accertamenti emergessero gli estremi di una responsabilità disciplinare, l'Amministrazione procederà alla tempestiva contestazione degli addebiti per lo svolgimento del relativo procedimento e, se del caso, alla comunicazione alle Autorità competenti delle ipotesi di reato;
- o) di essere consapevole che, ove nell'ambito o a seguito degli accertamenti non venissero riscontrati i requisiti dichiarati, il beneficio in argomento verrà revocato al dipendente e i giorni nel frattempo fruiti dovranno essere commutati in assenze ad altro titolo.

Luogo e data..... **Firma del richiedente**

Gradi di parentela/affinità:

La parentela è il vincolo tra le persone che discendono da uno stesso stipite, art.74 c.c.

L'affinità è il vincolo tra un coniuge e i parenti dell'altro coniuge, art.78 c.c.

PARENTI di PRIMO GRADO: *genitori, figli*

PARENTI di SECONDO GRADO: *nonni, fratelli, sorelle, nipoti (figli dei figli)*

PARENTI di TERZO GRADO: *bisnonni, zii, nipoti (figli di fratelli e/o sorelle), pronipoti in linea retta*

AFFINI di PRIMO GRADO: *suocero/a, nuora, genero*

AFFINI di SECONDO GRADO: *cognati*

AFFINI di TERZO GRADO: *zii acquisiti, nipoti acquisiti*

Concetto di mancanza: sia INPS (circolare 155/2010) che DFP (circolare 13/2010) confermano che l'espressione "mancanti", va intesa "*non solo come situazione di assenza naturale e giuridica (celibato o stato di figlio naturale non riconosciuto), ma deve ricomprendere anche ogni altra condizione ad essa giuridicamente assimilabile, continuativa e debitamente certificata dall'autorità giudiziaria o da altra pubblica autorità, quale: divorzio, separazione legale o abbandono, scioglimento dell'unione civile...*".

Patologie invalidanti, come da indicazione circ. Dip. Funzione Pubblica n.13 del 6.12.2010 un utile punto di riferimento per l'individuazione di queste patologie è rappresentato dall'art.2 del decreto Interministeriale n.278 del 21.07.2000 sono le: 1) patologie acute o croniche che determinano temporanea riduzione o perdita dell'autonomia personale, ivi incluse le affezioni croniche di natura congenita, reumatica, neoplastica, infettiva, dismetabolica, post-traumatica, neurologica, neuromuscolare, psichiatrica, derivanti da dipendenze a carattere evolutivo o soggette a riacutizzazioni periodiche; 2) patologie acute o croniche che richiedono assistenza continuativa o frequenti monitoraggi clinici, ematochimici e strumentali; 3) patologie acute o croniche che richiedono la partecipazione attiva del familiare nel trattamento sanitario.

Dimora temporanea: è regolata dall'art.32 del d.p.r. n.223/1989 (regolamento anagrafico). L'iscrizione allo schedario della popolazione temporanea, è riservata ai cittadini che, essendo dimoranti abitualmente in un dato comune da non meno di 4 mesi non sono ancora in condizioni di stabilirvi la residenza. L'iscrizione avviene su domanda dell'interessato o d'ufficio qualora il comune venga a conoscenza della dimora nel proprio territorio. La permanenza non deve superare i 12 mesi, pertanto la durata reale dell'iscrizione è di 8 mesi e comporta la comunicazione all'anagrafe del comune originario di residenza. La presentazione dell'istanza non costituisce accettazione in quanto l'iscrizione avviene solo in seguito alla positiva conclusione dell'istruttoria e, trascorso un anno, il comune procederà all'eliminazione della scheda provvisoria.

Quando il disabile in situazione di gravità è impossibilitato alla firma: nel caso in cui il disabile in situazione di gravità sia impossibilitato a firmare e sia soggetto a tutela, a curatela o ad amministrazione di sostegno, le dichiarazioni devono essere sottoscritte rispettivamente dal tutore, dall'interessato con l'assistenza del curatore, o dall'amministratore di sostegno (si veda modello "Q"). La dichiarazione di chi si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute, è sostituita da quella resa dal coniuge, o in sua assenza dai figli o in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, che si accerta dell'identità del dichiarante. La dichiarazione di chi non sa o non può firmare, è accolta da un pubblico ufficiale, che deve accertare l'identità del dichiarante (si veda modello "P").

Unione civile: ai sensi dell'art.2 della L. 20 maggio 2016 n.76, costituiscono un'unione civile due persone maggiorenni dello stesso sesso mediante dichiarazione di fronte all'ufficiale di stato civile ed alla presenza di due testimoni. L'art.1 comma 20 della medesima legge prevede espressamente: "*Al fine di assicurare l'effettività della tutela dei diritti e il pieno adempimento degli obblighi derivanti dall'unione civile tra persone dello stesso sesso, le disposizioni che si riferiscono al matrimonio e le disposizioni contenenti le parole coniuge, coniugi o termini equivalenti, ovunque ricorrono nelle leggi, negli atti aventi forza di legge, nei regolamenti nonché negli atti amministrativi e nei contratti collettivi, si applicano anche ad ognuna delle parti dell'unione civile tra persone dello stesso sesso.*"

Convivenza di fatto: ai sensi degli art. 1 commi 36 e 37 della L.20 maggio 2016 n.76, si intendono conviventi di fatto due persone maggiorenni unite stabilmente da legami affettivi di coppia e di reciproca assistenza morale e materiale, non vincolante da rapporti di parentela, affinità o adozione, da matrimonio o da un'unione civile. Fermo restando la sussistenza dei presupposti di cui al comma 36, per l'accertamento della stabile convivenza si fa riferimento alla dichiarazione anagrafica di cui all'art.4 e art 13 del comma 1 lett.b del D.P.R. n.223 del 30 maggio 1989.

Luogo e data.....Firma del richiedente

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA CUMULATIVA DI CERTIFICAZIONE e DI ATTO DI NOTORIETA'**redatta dalla persona disabile in situazione di gravità***(artt.46 e 47 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)*

Io sottoscritto/a..... nato/a a..... (....) il.....
 C.F., *consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni, di formazione e di uso di atti falsi il D.P.R. 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76 e 75) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati nel rispetto del D.lgs 196/2003 e s.m.i.*

DICHIARO

- **di essere** residente in(....) vian.....Sc..... Piano.... Int....
 dimorante temporaneamente *(da compilare solo nel caso sia diversa dalla residenza anagrafica – si veda mod.O)* in
 (.....) via..... n..... Sc..... Piano..... Int....., come da registrazione nello schedario della popolazione temporanea nel
 predetto comune
- **di essere** celibe/nubile coniugato/a unito/a civilmente convivente di fatto vedovo/a coniuge mancante *(allegare provvedimento da cui risulti lo stato giuridico:si veda legenda)* parte unita civilmente mancante *(allegare provvedimento da cui risulti lo stato giuridico:si veda legenda)* convivente di fatto mancante *(allegare provvedimento da cui risulti lo stato giuridico:si veda legenda)*
- **di essere** stato/a riconosciuto/a persona disabile in situazione di handicap ai sensi **dell'art.3 comma della legge 104/92 e s.m.i.**, con verbale rilasciato da in data il cui giudizio è stato ritenuto non rivedibile rivedibile il
- **di voler essere assistito/a ai sensi della legge 104/92, dal familiare da me prescelto,**
 Sig/ra..... nato/a a..... () il....., coniuge, parte unita
 civilmente, convivente di fatto, parente/affine di grado..... *(indicare il tipo di parentela/affinità
 es. padre, suocero, fratello, zio, ecc)* del/la sottoscritto/a, con il/la quale non convivio convivio in modo stabile ed effettivo
- **di** non essere ricoverato a tempo pieno essere ricoverato a tempo pieno. *In caso affermativo occorre indicare la denominazione e l'indirizzo della struttura:*
- **di** non prestare attività lavorativa prestare attività lavorativa presso:
- che nell'ambito degli aventi diritto nessun altro familiare fruisce dello/gli stesso/i beneficio/i
- che nell'ambito degli aventi diritto fruisce dello/gli stesso/i beneficio/i il seguente familiare: sig/ra
 nato a..... il..... residente in.....
 sig/ra..... nato a..... il.....
 residente in.....

Altre notizie.....

Luogo e data..... **Firma del dichiarante**.....

La presente può essere sottoscritta in presenza del funzionario dell'ufficio o, in alternativa, può essere spedita per posta o fax, corredata da una copia di valido documento di riconoscimento dell'interessato - art. 38 Testo Unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000

Dichiarazione del familiare del disabile che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute- art.4 D.P.R. 445/2000 s.m.i.

Io sottoscritto..... nato a il..... ho prestato la suddetta
 dichiarazione in qualità di (grado di parentela) del disabile che si trova in una situazione di impedimento
 temporaneo per ragioni di salute.

Luogo e data..... **Firma del familiare**.....

SPAZIO RISERVATO AL PUBBLICO UFFICIALE**Dichiarazione del disabile che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute - art.4 D.P.R. 445/2000 s.m.i.**

Attesto che la suddetta dichiarazione è stata resa dal/la Sig/ra..... identificato/a a
 mezzo documento di riconoscimento n. emesso da il..... il/la quale ha altresì dichiarato di essere *(grado
 di parentela)*..... del **disabile che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute.**

Luogo e data..... *Timbro e firma dell'addetto*

Dichiarazione del disabile che non sa o non può firmare- art.4 D.P.R. 445/2000 s.m.i.

Attesto che la suddetta dichiarazione è stata resa in mia presenza dal dichiarante, identificato/a a mezzo documento di riconoscimento n.
 emesso da il..... il quale mi ha altresì dichiarato che non sa firmare che non può firmare a causa di
 un impedimento.

Luogo e data..... *Timbro e firma dell'addetto*

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA CUMULATIVA DI CERTIFICAZIONE e DI ATTO DI NOTORIETA'
redatta dal tutore/curatore/amministratore di sostegno del disabile in situazione di gravità
(artt.46 e 47 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Io sottoscritto/a.....nato/a a (.....) il.....
C.F., residente in(.....) vian.....Sc..... Piano.... Int....,
nella sua qualità di tutorecuratoreamministratore di sostegnodella persona con handicap Sig/ra

Cognomenome..... nato il a C.F.....
come da provvedimento n..... rilasciato da il

consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni, di formazione e di uso di atti falsi il D.P.R. 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76 e 75) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati nel rispetto del D.lgs 196/2003 e s.m.i.

DICHIARO

che la persona con handicap Cognomenome..... nato il.....

- è residente in(.....) vian.....Sc..... Piano.... Int.....
- è celibe/nubile coniugato/a unito/a civilmente convivente di fatto vedovo/a coniuge mancante (allegare provvedimento da cui risulti lo stato giuridico:si veda legenda) parte unita civilmente mancante (allegare provvedimento da cui risulti lo stato giuridico:si veda legenda) convivente di fatto mancante (allegare provvedimento da cui risulti lo stato giuridico:si veda legenda)
- è assistito/a dal familiare ai fini dei benefici della L.104/92, da Sig/ra..... nato/a a.....(.....) il....., coniuge, parte unita civilmente, convivente di fatto, parente affine di grado..... (indicare il tipo di parentela/affinità es. padre, suocero, fratello, zio, ecc)della persona con handicap, con il/la quale non convive convive in modo stabile ed effettivo è stato/a riconosciuto/a persona disabile in situazione di handicap ai sensi dell'art.3 comma della legge 104/92 e s.m.i., con verbale rilasciato da in data il cui giudizio è stato ritenuto non rivedibile rivedibile il
- non è ricoverato a tempo pieno è ricoverato a tempo pieno. In caso affermativo occorre indicare la denominazione e l'indirizzo della struttura:
- non presta attività lavorativa presta attività lavorativa presso:

Inoltre, dichiaro:

- che nell'ambito degli aventi diritto nessun altro familiare fruisce dello/gli stesso/i beneficio/i
- che nell'ambito degli aventi diritto fruisce dello/gli stesso/i beneficio/i il seguente familiare: sig/ra nato a il residente in sig/ra nato a il residente in

Altre notizie.....

Luogo e data Firma del dichiarante

La presente può essere sottoscritta in presenza del funzionario dell'ufficio o, in alternativa, può essere spedita per posta o fax, corredata da una copia di valido documento di riconoscimento dell'interessato - art. 38 Testo Unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000

Documentazione allegata:

- 1) copia del decreto di nomina del tutore, curatore o amministratore di sostegno;
2) altro: