



- dimostrazione da parte dell'ulteriore fruitore dei permessi della sussistenza da parte di altro familiare;
- i giorni di permesso dei due soggetti interessati devono essere fruiti nelle stesse giornate
- di non fruire dei congedi previsti dall'art 42 comma 5 del D.lgs. 151/2000 per l'assistenza ai figli (o nei casi previsti, ai fratelli o sorelle) in condizione di handicap grave
- che la commissione ASL non ha rivisto il giudizio di gravità della condizione di handicap della persona per la quale vengono richiesti i permessi, e che la certificazione rilasciata dalla ASL non è scaduta e non ha subito modifiche.

A tal fine allega copia autenticata del certificato rilasciato dalla competente ASL attestante lo stato di gravità dell'handicap accertato ai sensi del art. 4 comma 1 della legge 104/92.

\_\_1\_\_ sottoscritt\_\_, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 per coloro che rendono dichiarazioni mendaci, o nel caso di formazione o uso di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, ed a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell'istituto, dichiara che le notizie fornite e gli atti allegati alla presente rispondono a verità. Inoltre si impegna a comunicare tempestivamente la variazione delle notizie e situazioni di cui alla presente, in particolare:

- l'eventuale ricovero presso istituti specializzati;
- la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della commissione ASL;
- la fruizione di permessi, per lo stesso portatore di handicap, da parte di altri familiari.

Terralba li, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma del richiedente*

\_\_\_\_\_  
*Firma dell'altro familiare*

**N.B.:** *La firma del secondo genitore, che lo impegna anche a comunicare eventuali variazioni, è necessaria solo se lo stesso beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave alternativamente con il genitore richiedente, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori.*

FAC- SIMILE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'  
-DPR.28 DICEMBRE 2000 N.445 ART.47-

Il/la sottoscritto/a

Cognome.....

Nome.....

DICHIARA

- di accettare l'assistenza offerta da

Cognome.....

Nome.....

- di non essere assistito da altro parente/affine lavoratore dipendente;
- di non essere ricoverato a tempo pieno in una struttura residenziale;
- il grado di parentela con la persona che provvede all'assistenza .....

**ALLEGA:** copia del documento di identità, debitamente sottoscritta

IL DICHIARANTE

**N. B. : non necessita la compilazione in caso di assistenza a figli minori o maggiorenni affidati**

**AVVERTENZA:** le amministrazioni procedenti sono tenute ad effettuare idonei controlli, anche a campione, ed in tutti i casi in cui sorgano fondati dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti con il provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 e 76 DPR 28-12-2000 n. 445), con l'applicazione delle sanzioni previste dall'art. 483 del C.P. "Falsità ideologica commessa dal privato in atto pubblico" (che prevede la sanzione della reclusione fino a due anni).

Il/La sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione, nell'ambito e per i fini istituzionali della Pubblica Amministrazione ( D Lgs. n.196/03) .

Firma del dichiarante