

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà  
resa ai sensi dell'art.47 del D.P.R.28/12/2000, n.445**

I  sottoscritt  \_\_\_\_\_ in servizio presso  
\_\_\_\_\_

con contratto di lavoro a tempo

indeterminato

tempo pieno

determinato

tempo parziale orizzontale

tempo parziale verticale

**Consapevole delle responsabilità, di natura anche penale, che potrebbero derivare in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione oppure di uso di atti falsi, nonché di esibizione di atti contenenti dati non più rispondenti a verità**

**DICHIARA**

**di essere parente/affine entro il secondo grado** (specificare il rapporto di parentela affinità, coniugio) \_\_\_\_\_ del/della grave disabile

\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il

\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via

\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

**di essere parente/affine entro il terzo grado** (specificare il rapporto di parentela)

\_\_\_\_\_ del/della grave disabile \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

**codice fiscale** \_\_\_\_\_

**che il suddetto disabile non è ricoverato a tempo pieno** presso un istituto specializzato;

**che il giudizio di gravità dell'handicap è definitivo;**

**che il giudizio di gravità dell'handicap è rivedibile in data:** \_\_\_\_\_

**di essere convivente con** \_\_\_\_\_ poiché la famiglia anagrafica è composta stabilmente dalle seguenti persone (indicare nome, cognome, luogo, data di nascita e tipologia della parentela o dell'affinità);


di non essere convivente con \_\_\_\_\_, ma di assistere \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ con assiduità ed adeguatezza;  
 che nessun altro soggetto beneficia dei permessi;

che \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ sig. \_\_\_\_\_ ha individuato nel/la sottoscritt \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ la persona idonea a prestare assistenza; (occorre allegare dichiarazione resa ai sensi dal D.LGS 445/2000 a firma della persona disabile)

che \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ sig. \_\_\_\_\_ non presta attività lavorativa;  
 che \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ sig. \_\_\_\_\_ presta attività lavorativa presso Ente pubblico o ditta privata: indicare per esteso ragione sociale ecc.

### ALLEGA

il certificato della specifica Commissione Asl comprovante la situazione di gravità del portatore di handicap (se variato rispetto a quello precedentemente consegnato all'Amministrazione)

autocertificazione a firma della persona disabile da cui risulti che il richiedente i permessi sia la persona prescelta al fine di prestare allo stesso assistenza;

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni delle dichiarazioni contenute nella presente (es. revoca della situazione di gravità della disabilità a seguito di nuova visita della Commissione Asl, decesso del/della disabile, diverso periodo di fruizione dei permessi, ricovero del/della disabile)

#### INFORMATIVA (art.13 D.Lgs. 196/2003)

*Il Servizio Organizzazione e Innovazione provvederà al trattamento dei dati personali, anche con l'ausilio di strumenti informatici, esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto ed in misura pertinente, non eccedente e strettamente necessaria al perseguimento delle proprie funzioni istituzionali.*

*I dati richiesti sono obbligatori ed in caso di eventuali rifiuto a rispondere l'Amministrazione non potrà definire la pratica e concedere i permessi. I dati personali potrebbero essere comunicati anche ad Altre Amministrazioni pubbliche qualora queste debbano trattare i medesimi per eventuali procedimenti di propria competenza istituzionale.*

*Ai sensi dell'art.7 del D.Lgs. 196/2003, l'interessato/a ha diritto di ottenere l'accesso, l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione, la cancellazione, la trasformazione ed il blocco dei dati, nonché di opporsi, in tutto o in parte, al trattamento (raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distruzione) dei propri dati personali.*

*Il/la dichiarante è soggetto/a alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (art.76 D.P.R.445/2000).*

*Qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/la dichiarante decade dai benefici (concessione dei permessi retribuiti) eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (articolo 75 D.P.R.445/2000).*

*Le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà sono sottoscritte dall'interessato/a in presenza del dipendente addetto alla ricezione ovvero sottoscritte e inviate all'ufficio competente, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del/della dichiarante, via fax o tramite un incaricato o a mezzo posta o per via telematica. Se il documento di identità non è più valido il/la dipendente deve dichiarare, nella fotocopia dello stesso, che i dati in esso contenuti non hanno subito variazioni dalla data di rilascio. Le istanze e le dichiarazioni inviate per via telematica sono valide se sottoscritte mediante la firma digitale o quando il/la sottoscrittore/trice è identificato/a dal sistema informatico con l'uso della carta d'identità elettronica (art.38 D.P.R.445/2000)*

per presa visione, il/la dichiarante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ **il/la Dipendente** \_\_\_\_\_