# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

*(Art. 46 e 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - D.P.R. 28/12/2000, n.445)*

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nata/o il\_\_\_\_\_\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov)\_\_\_\_\_ residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Prov)\_\_\_\_\_.

Via/viale/str.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso codesto Istituto in qualità di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con rapporto di lavoro a tempo.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiara

Di usufruire del congedo biennale retribuito di cui ad art. 42, c. 5, D. Lgs n.151/2001, come modificato da sentenze Corte Costituzionale n. 233/08/06/2005 en 19/26/01/2009, in quanto:

1. Che l'ASL di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nella seduta del. ..........ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art..3 comma 3 della legge 104/1992), di:

2. Cognome e Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ grado di parentela\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (vedovo/vedova/nubile)

3. Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov.)\_\_\_\_\_\_\_\_ Via/viale/str.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

come risulta dalla certificazione che si allega.

5. Di prestare assistenza continuativa ed esclusiva alla persona sopra indicata;

6. Che la persona per la quale viene richiesto il congedo non è ricoverata/to a tempo pieno presso istituti specializzati.

7. Che nessun'altro famigliare beneficia del congedo per lo stesso soggetto portatore di handicap;

8. Di essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra indicato;

9. Di voler fruire del congedo secondo le seguenti modalità; dall'\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_per giorni\_\_\_\_\_\_\_

di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazione possono effettuare i controlli sulla veridicità delle documentazione amministrativa - D.P.R. 28/12/2000, n.445.

AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

|  |  |
| --- | --- |
| Data  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | (Firma richiedente)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

*Si attesta l'adempimento delle disposizioni in materia di controllo delle dichiarazioni sostitutive di certificazione.*

Il Dirigente

(Timbro)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_