



Area Risorse e Sistemi

Settore Personale e Sviluppo Organizzativo

Unità Organizzativa Personale Tecnico Amministrativo e Dirigenti

DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE - OVVERO DEL SUO TUTORE LEGALE, CURATORE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (ALLEGARE COPIA DEL DECRETO DI NOMINA)

(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)

Il/la sottoscritt..... nato/a a
..... il CF.....residente in
.....in..... prov.....
via/piazza..... cap..... consapevole delle sanzioni penali,
richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso
di atti falsi,

dichiara:

- di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione di.....il.....;
- di essere in condizione di disabilità, il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992 per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente digrado del Sig./ra..... in quanto.....;
- consapevole che soltanto un lavoratore può fruire dei permessi per l'assistenza alla stessa persona disabile in situazione di gravità, di voler essere assistito soltanto dal Sig./ranato/a aC.F.....e residente a
- presta il consenso al trattamento dei dati ex art. 23 del D.Lgs 196/2003

Si allega copia del documento di riconoscimento n.....rilasciato da..... il..... scadenza il.....

Firma

.....

Luogo e data.....



Area Risorse e Sistemi

Settore Personale e Sviluppo Organizzativo

Unità Organizzativa Personale Tecnico Amministrativo e Dirigenti
