

**MODELLO DICHIARAZIONE DI INDIVIDUAZIONE DEL REFERENTE UNICO PER L'ASSISTENZA  
DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE**  
(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ residente 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 Asl 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 di .....grado 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./ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov \_\_\_\_\_) C.F. \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ ( Prov \_\_\_\_\_).

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE PERSONALE DEI PARENTI  
CHE NON SONO IN GRADO DI ASSISTERE IL DISABILE  
(D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ fratello/sorella/  
figlio/a di \_\_\_\_\_ disabile in situazione di gravità,

**D I C H I A R A**

sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, così come modificato ed integrato dall'art. 15 della Legge 16 gennaio 2003, n. 3 e dall'art.15, comma 1 della Legge 12 novembre 2011, n. 183

- di non essere in grado di effettuare l'assistenza al padre/alla madre/al fratello/alla sorella disabile in situazione di gravità (art. 3, comma 3 della Legge 104/92 e successive modifiche ed integrazioni) per ragioni esclusivamente oggettive, tali da non consentire l'effettiva assistenza, di seguito analiticamente indicate

---

---

---

---

---

---

e, pertanto, di non avvalersi dei benefici previsti nell'art. 33, commi 5 e 7 della Legge 104/92 e di non essersene avvalso/a in precedenza.

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

Il/La Dichiarante

\_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata, unitamente alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

# Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445 )

Il/la Sottoscritto/\_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

## DICHIARA

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Luogo, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del dichiarante  
(per esteso e leggibile)

Ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.