

**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
