# MODELLO DICHIARAZIONE DI INDIVIDUAZIONE DEL REFERENTE UNICO PER L’ASSISTENZA DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

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