

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(Artt. 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/anata/o il
a.....Residente a- (Prov.).....
Via/viale/str....., in servizio presso codesta
.....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 e n.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 familiare 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 l'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).....