

ALLEGATO 2

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. DI PERMESSO RETRIBUITO PER ASSISTENZA A FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE – ART. 33, comma 3, L. 104/1992.

Dichiarazione del familiare/affine di terzo grado che il coniuge e/o i genitori del disabile hanno compiuto i 65 anni di età oppure sono affetti da patologie invalidanti o sono deceduti o mancanti.

Il/L sottoscrittnat a prov. (.....) il, sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46, 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, con la presente

DICHIARA

che presta assistenza nei confronti del/l Sig. nat a prov () il che è in situazione di disabilità grave, come da verbale della Commissione Medica allegato;

di essere familiare/affine di terzo grado del Sig. essendo (*indicare la parentela/affinità*);

che ha richiesto al suo datore di lavoro di usufruire dei benefici previsti dall'art. 33 della L. 104/92, avendo con l'assistito rapporto fiduciario in quanto il coniuge e/o i genitori del disabile e/o la parte dell'unione civile o del convivente di fatto hanno compiuto i 65 anni di età oppure sono affetti da patologie invalidanti o sono deceduti o mancanti.

Si allega copia del documento di identità del familiare assistito.

Si allega copia del documento di identità del sottoscritto.

Data

IN FEDE

Firma digitale