





DOMANDA CONCESSIONE BENEFICI LEGGE 104/92

**Mod. AP 21**

Pagina 2 di 2

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ**

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara che le notizie fornite rispondono a verità. Inoltre dichiara di essere consapevole che ai sensi dell'art. 11 del D.P.R. N. 403/98 e della circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 8/99, le amministrazioni potranno procedere alle verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di difformità rispetto al vero, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale per reato di falso e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione.

Il sottoscritto/a dichiara inoltre che:

- Presta assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni.
- Necessita delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità;
- di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione ed un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile.

Il sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto o di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni, in particolare:

- l'eventuale ricovero del portatore di handicap presso istituti specializzati;
- la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL;
- la fruizione di permessi, per lo stesso portatore di handicap, da parte di altri familiari.

Ai sensi della legge sulla privacy, acconsente, qualora necessario all'istruzione, alla definizione ed alla comunicazione inerente la richiesta:

1. al trattamento di eventuali dati sensibili;
2. alla comunicazione dei propri dati sensibili ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.

Consapevole del fatto che il mancato consenso può comportare l'impossibilità di definire la presente richiesta, o un notevole ritardo nella definizione, non consente a quanto indicato ai punti: \_\_\_\_\_.

**DOCUMENTAZIONE ALLEGATA**

- Certificato rilasciato dalle competenti Commissioni ASL attestante lo stato di gravità dell'handicap ai sensi della legge 104/92:
- Altro:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

FIRMA DELL'ALTRO GENITORE O AFFIDATARIO \_\_\_\_\_

*La firma del secondo genitore, che lo impegna anche a comunicare eventuali variazioni, è necessaria solo se lo stesso beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il genitore richiedente, nel limite massimo di 3 gg complessivi tra i due genitori. In tal caso indicare di seguito i dati del datore di lavoro:*

Denominazione ditta \_\_\_\_\_

Indirizzo e località \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ DA SOTTOSCRIVERE IN OCCASIONE DEL RINNOVO ANNUALE**

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false e fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiara che la Commissione ASL non ha rivisto il giudizio di gravità dell'handicap della persona per la quale vengono richiesti i permessi, e che la certificazione rilasciata dall'ASL non è scaduta e non ha subito modifiche.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_