DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 (CON LE MODALITA’ DI CUI ALL’ART. 38) DEL D.P.R N° 445/2000.

IL /LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ATTESTA :

1. CHE IL GRADO DI PARENTELA CON L’ASSISTITO E’: 1°/2°/3°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. CHE IL CONIUGE E’: 🞏MANCANTE 🞏DECEDUTO🞏AFFETTO DA PATOLOGIE INVALIDANTI (1)
3. CHE I GENITORI SONO:🞏MANCANTI🞏DECEDUTI🞏AFFETTI DA PATOLOGIE INVALIDANTI (1)
4. CHE I FIGLI SONO: 🞏 MANCANTI🞏DECEDUTI🞏AFFETTI DA PATOLOGIE INVALIDANTI(1)
5. CHE I FRATELLI/SORELLE SONO: 🞏 MANCANTI🞏DECEDUTI🞏AFFETTI DA PATOLOGIE INVALIDANTI (1)
6. DI ESSERE CONVIVENTE CON IL SOGGETTO PORTATORE DI HANDICAP ALL’INDIRIZZO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. CHE IL PORTATORE DI HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITA’ NON E’ RICOVERATO A TEMPO PIENO
8. CHE DURANTE IL PERIODO DI CONGEDO RICHIESTO PER ASSISTERE IL/LA FIGLIO/A, L’ALTRO GENITORE NON FRIUSCE DEL MEDESIMO CONGEDO, NONCHE’ DI PERMESSI ORARI O GIORNALIERI DI CUI ALL’ART. 33, COMMI8 2 E 3, DELLA L. 104/92
9. CHE IL CONGEDO FRUITO PER L’ASSISITO SIG.RE/RA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NON HA SUPERATO LA DURATA COMPLESSIVA DI DUE ANNI
10. CHE IL CONGEDO FRUITO NON HA SUPERATO LA DURATA COMPLESIVA DI DUE ANNI NELL’ARCO DELLA SUA VITA LAVORATIVA
11. DI AVER USUFRUITO AD OGGI DEI SEGUENTI PERIODI DI CONGEDO PER ASSITENZA PERSONA CON HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITA’:
12. dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mesi:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_gg.\_\_\_\_\_\_\_\_\_
13. dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mesi:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_gg.\_\_\_\_\_\_\_\_\_
14. dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mesi:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_gg.\_\_\_\_\_\_\_\_\_
15. dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mesi:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_gg:\_\_\_\_\_\_\_\_\_
16. dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mesi:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_gg.\_\_\_\_\_\_\_\_\_
17. produrre idonea certificazione medica

Casavatore,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma