All. A

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

(Allegata all'istanza presentata il _____)

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____

(Prov.____) il_____ residente a _____Via/n° _____

in servizio presso_____come Docente ( ) o personale ATA ( ) (indicare)

A conoscenza e consapevole delle disposizioni legislative ivi riportate:

- Artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 2000 ("Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa") con particolare riferimento alle sanzioni penali di cui all'Art. 76 del predetto D.P.R.: "*Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso (...) nei casi previsti dal presente T.U. è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia*";
- Norme di cui al D.Lgs. 165/01 art. 55 (quater e quinques);
- Norme di cui alla Circolare della Funzione Pubblica (F.P.) n° 13/2010 "*Disciplina in materia di permessi per l'assistenza alle persone con disabilità;*

Consapevole altresì che l'amministrazione può effettuare in qualsiasi momento i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni presentate anche mediante la richiesta della documentazione e certificazione probatoria che attesti quanto dichiarato chiedendone, se del caso, eventuale integrazione (Art. 8, Circ. F.P. 13/2010):

DICHIARA

- Che necessita delle agevolazioni per le necessità legate alla mia situazione di disabilità (disabilità per se stesso);
- Nessun altro familiare beneficia dei permessi o dei riposi per la stessa persona disabile in situazione di gravità per il quale sono chieste le relative agevolazioni (Referente Unico);
- L'altro genitore beneficia dei permessi giornalieri per la stessa persona disabile in situazione di gravità alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di tre giorni complessivi tra i due genitori.
- La persona disabile in situazione di gravità non è ricoverata a tempo pieno presso Istituti specializzati.

Dichiara altresì

- l'esistenza in vita del familiare disabile per l'assistenza del quale sono stati concessi i previsti benefici (da rinnovare annualmente);
- che da parte della A.S.L. non si è proceduto a rettifica o non è stato modificato il giudizio sulla gravità dell'handicap (da rinnovare annualmente);
- che il figlio/a _____è stato adottato/affidato in data_____ (data di ingresso del minore in famiglia) con atto competente _____(come risulta dal provvedimento allegato) del _____;
- che il coniuge o i genitori della persona in situazione di handicap grave sono affetti dalle patologie invalidanti di cui al DM n° 278 del 21 Luglio 2000, coma da certificazione medica rilasciata in data _____ dal _____ allegata alla domanda.

FORLI', _____

Firma del dichiarante

_____