**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/a ……………………………………nata/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 famigliare 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 le 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)………………………………………..