

Per parenti conviventi/non conviventi
Da trasmettere all'indirizzo specialistiambulatoriali@uslcentro.toscana.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
art.47 D.P.R.445 del 28.12.2000

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente in _____ via _____ n. _____
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000

DICHIARO

che il mio parente
nome e cognome _____ grado di parentela _____

1. è non è convivente con il sottoscritto ed è residente al seguente indirizzo _____
2. che l'assistenza viene non viene prestata dal sottoscritto con continuità ed esclusività.
3. che il suddetto parente non si trova ricoverato a tempo pieno in struttura sanitaria o sociale.
4. che il suo stato di famiglia è composto come di seguito indicato:

NOMINATIVO	DATA E LUOGO DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA	LAVORATORE
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Dichiaro che nessuno uno o più altro/i parente/i o affine entro il terzo grado usufruisce dei 3 giorni di permesso mensile retribuito di cui all'art. 33 - comma 3 - della L. 104/92 per assistere il suindicato parente con handicap in situazione di gravità.

Località e data _____

Firma _____

Documentazione da produrre obbligatoriamente insieme alla presente istanza:

1. Certificato rilasciato dalla competente Commissione Medica attestante lo stato di gravità dell'handicap
2. Copia documento di identità della persona per la quale si richiede l'assistenza
3. Se altro familiare beneficia e condivide tali permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap, così come previsto dal D. Lgs 105 del 30/6/2022, occorre compilare il modulo "Ulteriore fruitore" da richiedere all'ufficio tramite invio richiesta all'indirizzo mail indicato nell'istestazione ;

I dati che La riguardano saranno trattati in modo da garantire la riservatezza ai sensi dell'art.10 L.675/96.

La firma di questa dichiarazione NON NECESSITA DELL'AUTENTIFICAZIONE purchè "funzionalmente collegata" ad una qualsiasi istanza o sia inclusa nel testo di una richiesta presentata direttamente al dipendente addetto a ricevere la documentazione.

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento Ue 2016/679 sono disponibili all'indirizzo:
<https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy-usltoscanacentro>
o scansionando il QR code a margine.

