

AUTOCERTIFICAZIONE

(art. 2 legge 4/8/1968 n. 15 art. 3 comma 10 legge 15/3/1997 n. 127, art. 1 DPR 20/10/1998 n. 403 - art. 4 DPR 445 del 28/12/2000)

__I__ sottoscritt__ _____
nat_ a _____ (prov. _____) il ____/____/_____
beneficiari __ della legge 104/92

DICHIARA

Che i motivi per i quali viene richiesto il permesso retribuito di gg..... dal ____/____/_____
al ____/____/_____/ sono quelli di cui alla L.104/92 art. 33 comma 3 e successive modifiche
D. Lgs. n. 105/2022 art. 3, comma 1, lettera b n. 2.

A tal fine dichiara:

- che la persona oggetto dell'assistenza non è ricoverata a tempo pieno;
- di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;
- di essere consapevole che il riconoscimento delle agevolazioni comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza.

Martina Franca, ____/____/_____/

Firma
