

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
**(Art. 47 D.P.R. 445/2000)**

\_I\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_, nat\_ a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ in servizio presso la Direzione Didattica  
2° Circolo di Poggiomarino in qualità di \_\_\_\_\_

**PREMESSO CHE**

fruisce dei permessi retribuiti mensili, ai sensi dell'art. 33 della Legge 104/92 modificato dagli artt. 19 e 20 della Legge 53/2000, per poter assistere il familiare ( \_\_\_\_\_ ) Sig. \_\_\_\_\_  
nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_ già riconosciuto portatore di handicap grave, come da verbale della Commissione Medica per l'accertamento dell'handicap dell'ASL \_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ già agli atti di codesta scuola ed allegato al provvedimento di autorizzazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

**Ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del predetto D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità:**

**DICHIARA CHE**

- sia \_I\_ sottoscritt\_ che il disabile grave sono in possesso di tutti i requisiti previsti dalla normativa vigente che disciplina le norme in materia di permessi retribuiti ai sensi della Legge 104/92 e s.m.i.;
- in atto persiste lo stato di gravità dell'handicap del suddetto familiare e che il Verbale di Accertamento della Legge 104/92 della Commissione Medica Competente non ha subito variazioni né è stato revocato;
- il familiare portatore di handicap grave non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati di cura ed assistenza;
- non vi sono altri familiari maggiorenni, parenti ed affini sino al terzo grado di parentela che hanno chiesto di fruire dei permessi di cui alla Legge 104/92 per assistere il predetto familiare portatore di handicap grave.
- che alla data odierna non sono intervenute variazioni della situazione di fatto e di diritto e che si impegna a comunicare tempestivamente ogni rettifica che comporti il venir meno della titolarità del predetto beneficio.

Poggiomarino, \_\_\_\_\_

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_