

**MODELLO DICHIARAZIONE DI INDIVIDUAZIONE DEL REFERENTE UNICO PER L'ASSISTENZA  
DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE**  
(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ (Prov\_\_\_\_)  
via/piazza \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

**dichiara**

- di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl di.....il.....;
- di essere in condizione di disabilità, il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/1992 per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di .....grado del Sig./ra .....  
in quanto.....;

consapevole che soltanto un lavoratore può fruire dei permessi per l'assistenza alla stessa persona disabile in situazione di gravità, di voler essere assistito soltanto dal Sig./ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov\_\_\_\_) C.F. \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ (Prov\_\_\_\_).

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_