

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 e 47 DEL D.P.R. 445/2000

Il/La sottoscritto/a _____, nato/ a a _____
il _____, codice fiscale _____, pienamente consapevole delle
conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità

- ☐ di prestare assistenza nei confronti del signor /della signora _____
- ☐ che il rapporto di parentela che intercorre con la persona assistita è _____
- ☐ che il soggetto assistito è persona con *handicap grave*, come risulta dal verbale della commissione medica
- ☐ di essere l'unico lavoratore dipendente che assiste la persona assistita
- ☐ che la persona assistita non è ricoverata a tempo pieno *

Carpignano Sesia, _____

In fede

** diversamente allegare l'attestazione dell'Istituto Ospedaliero attestante che, durante il ricovero, il disabile ha necessità di ricevere assistenza da parte del dipendente che ha chiesto il congedo*