

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.)

Oggetto: conferma o revoca dei benefici di cui all'art. 33, L. 104/1992, L. 53/2000, D.Lgs. 151/2001, Circolare INPS n. 90 del 23-05-07.

Il/la sottoscritto/a _____, nato a _____, il
_____, residente a _____ prov. _____ Via
_____, (qualifica) _____,

D I C H I A R A

che permangono le condizioni prescritte per usufruire di tutti i benefici previsti dalla legge in oggetto,

☐ con riferimento alla propria condizione personale, in quanto portatore di handicap in situazione di gravità ai sensi dell'art. 33, c. 3 della legge 104/1992.

☐ per assistere il proprio _____ (padre-madre-figlio-zio, ecc.)
sig./ra _____, nato il _____ a
_____ e residente a _____ in via
_____, riconosciuto portatore di handicap in situazione di gravità ai sensi
dell'art. 33, c. 3 della legge 104/1992, da parte della competente commissione medica dell'A.S.L. di
_____ di cui all'art. 4 c. 1 della L. 104/92.

Oppure

che dal _____ sono venuti meno i presupposti per continuare ad usufruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 3, della legge 104/92 (ricovero a tempo pieno del disabile presso istituto specializzato, modifica o revoca della gravità dell'handicap, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare).

DICHIARA INOLTRE

- a) che il soggetto inabile non è ricoverato a tempo pieno;
- b) di prestare un'assistenza sistematica e continuativa alla persona sopra indicata;
- c) che il soggetto che precede nella gerarchia familiare degli aventi diritto è (sbarrare la casella interessata)
 - 1) Deceduto
 - 2) Mancante
 - 3) Affetto da patologia invalidante

Essendo le definizioni di "mancante" e "patologia invalidante" da ricondurre alla nota RGS n°22579 del 06-09-2022.

Si fa riferimento alla seguente certificazione precedentemente allegata ancora in corso di validità:

☐ certificato rilasciato dalla commissione medica dell'A.S.L. di _____ di cui
all'art. 4 c. 1 della L. 104/92.

☐ certificazione medica attestante patologia invalidante di cui all'art. 2, comma 1, lett. d) del Decreto interministeriale 21 luglio 2000, n. 278 (nel caso c 3).

*Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, ed a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell'Amministrazione, **dichiara** che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità e s'impegna a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sopraesposti (ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituto specializzato, modifica o revoca della gravità dell'handicap, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare, ecc.).*

*Il sottoscritto **dichiara**, infine, di essere stato informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e, più in generale, nel rispetto dei principi stabiliti dall'art. 5, Reg. UE 2016/679 (GDPR), conformemente a quanto previsto dall'art. 1, D.lgs. 196/2003, come modificato dall'art. 2, lett. c), D.lgs. 101/2018.*

La presente dichiarazione sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato. In luogo dell'autenticazione della firma si allega copia fotostatica del documento di identità.

In fede

_____, lì _____
