**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ'**

**(art. 47 D.P.R. 445/2000)**

\_I\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_ (C.A.P. n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_), dipendente di codesta Azienda U.S.L. 6 Palermo con la qualifica di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ matr. n. \_\_\_\_\_\_, in atto in servizio presso il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Premesso che:**

lo stesso fruisce dei permessi retribuiti mensili, ai sensi dell’art. 33 della legge 104/92 modificato dagli art. 19 e 20 della legge 53/2000 e delle vigenti norme contrattuali, per potere assistere il familiare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato 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’Azienda di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_già agli atti d’Ufficio di codesta Azienda ed allegato al provvedimento di autorizzazione n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 A tale fine la sottoscritt\_\_ consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del predetto DPR n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci;

Sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

1. che sia il sottoscritto che il disabile grave sono in possesso di tutti i requisiti previsti dalla normativa vigente che disciplina le norme in materia di permessi retribuii;
2. che in atto persiste lo stato di gravità dell’handicap del suddetto familiare e che il giudizio della Commissione non è stato rettificato né revocato;
3. che il familiare portatore di handicap grave non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati;
4. che non vi sono altri familiari maggiorenni, parenti ed affini sino a terzo grado di parentela che hanno chiesto di assistere il predetto familiare portatore di handicap grave;
5. che il tempo di percorrenza della distanza fra la propria residenza e quella del disabile da assistere non supera l’ora.-

Palermo \_\_/\_\_/\_

 Il DICHIARANTE

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_