

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E ATTO NOTORIETA'

assenza di coniuge e/o genitori

(da allegare solo alle domande redatte su modelli C e D)

il sottoscritto

cognome

nome

nato a

--

 provincia

--

 il

--

in relazione alla richiesta di un periodo di congedo ai sensi dell'art. 42, comma 5, d.lgs. 151/2001;
consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere o falsità in atti, richiamate dall'art.76, DPR n. 445/2000, e consapevole che, qualora dai controlli previsti dall'art. 71 citato DPR emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, è prevista la decadenza dai benefici conseguiti;

DICHIARA

(barrare le caselle di interesse)

di assistere il familiare di seguito indicato

C	genitore convivente	D	fratello/sorella convivente	<i>barrare casella di interesse</i>
----------	---------------------	----------	-----------------------------	-------------------------------------

cognome

--

 nome

--

nato a

--

 provincia

--

 in data

--

e che CONIUGE e GENITORI dell'assistito si trovano nelle seguenti condizioni:

quadro 1	il coniuge dell'assistito <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>cognome e nome</td></tr></table> nato il <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>gg</td><td>mm</td><td>aaaa</td></tr></table>	cognome e nome				gg	mm	aaaa
	cognome e nome							
	gg	mm	aaaa					
	è mancante per i seguenti motivi:							
	<input type="checkbox"/> è deceduto							
<input type="checkbox"/> non convive con l'assistito								
<input type="checkbox"/> è separato legalmente								
<input type="checkbox"/> è stata giuridicamente accertata la scomparsa di fatto dal domicilio o dalla residenza								
<input type="checkbox"/> ha patologia invalidante (stato morboso certificato come invalidante da commissioni medico-legali o da ASL o da struttura convenzionata con ASL, nonché ulteriori fattispecie riconducibili, in modo espresso e univoco, a una delle situazioni previste dall'art. 2, co.1, lett. d), numeri 1, 2, 3 e 4, Decreto Interministeriale n. 278 del 21.07.2000 reperibile su www.normattiva.it) Si allega certificazione medica in tal senso.								

quadro 2	il padre dell'assistito è mancante per i seguenti motivi:							
	<input type="checkbox"/> inesistenza per nubilato							
	<input type="checkbox"/> l'assistito è figlio naturale non riconosciuto							
	<input type="checkbox"/> il padre dell'assistito <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>cognome e nome</td></tr></table> nato il <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>gg</td><td>mm</td><td>aaaa</td></tr></table>	cognome e nome				gg	mm	aaaa
	cognome e nome							
gg	mm	aaaa						
è mancante per i seguenti motivi:								
<input type="checkbox"/> è deceduto il <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
<input type="checkbox"/> è stata giuridicamente accertata la scomparsa di fatto dal domicilio o dalla residenza								
<input type="checkbox"/> ha patologia invalidante (stato morboso certificato come invalidante da commissioni medico-legali o da ASL o da struttura convenzionata con ASL, nonché ulteriori fattispecie riconducibili, in modo espresso e univoco, a una delle situazioni previste dall'art. 2, co.1, lett. d), numeri 1, 2, 3 e 4, Decreto Interministeriale n. 278 del 21.07.2000 reperibile su www.normattiva.it) Si allega certificazione medica in tal senso.								

quadro 3	la madre dell'assistito <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>cognome e nome</td></tr></table> nata il <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>gg</td><td>mm</td><td>aaaa</td></tr></table>	cognome e nome				gg	mm	aaaa
	cognome e nome							
	gg	mm	aaaa					
	è mancante per i seguenti motivi:							
	<input type="checkbox"/> è deceduta il <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>							
<input type="checkbox"/> è stata giuridicamente accertata la scomparsa di fatto dal domicilio o dalla residenza								
<input type="checkbox"/> ha patologia invalidante (stato morboso certificato come invalidante da commissioni medico-legali o da ASL o da struttura convenzionata con ASL, nonché ulteriori fattispecie riconducibili, in modo espresso e univoco, a una delle situazioni previste dall'art. 2, co.1, lett. d), numeri 1, 2, 3 e 4, Decreto Interministeriale n. 278 del 21.07.2000 reperibile su www.normattiva.it) Si allega certificazione medica in tal senso.								

DATA _____ **FIRMA** _____