

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ il _____ e residente a _____
_____ in via _____ in servizio
presso codesta istituzione con contratto a tempo indeterminato/determinato in qualità di _____

ch i e d e

di poter usufruire, dal _____ al _____, dei 3 giorni mensili, ai sensi della L.104/92 e successive, per assistenza al proprio genitore/coniuge/figlio _____ nato/a a _____ il _____, riconosciuto/a invalido/a con "totale" e permanente inabilità lavorativa 100% e con necessità di assistenza continua, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita" (v. verbale ASL n. _____ n. prat. _____ che si allega).

Dichiara, sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46,47 del DPR 445/2000:

1. Di essere genitore/coniuge/figlio di _____ nato/a a _____ il _____;
2. Che il genitore/coniuge/figlio è riconosciuto/a invalido al 100%;
3. Che il proprio genitore ha un'età superiore ai 70 anni (solo per assistenza genitore);
4. Che il proprio genitore/coniuge/figlio non è ricoverato in nessuna struttura né a tempo pieno né a tempo parziale;
5. Dichiara altresì in applicazione del D.lgs 105/2022 art.3 ,c.1,l.b:
☐ Di essere referente unico;
☐ Che altri soggetti aventi diritto, di sotto elencati, sono interessati alla fruizione;

Cognome	Nome	Parentela
_____	_____	_____
_____	_____	_____

In caso di altri soggetti aventi diritto sarà allegata, alla richiesta dei 3 giorni mensili, la dichiarazione personale degli stessi.

Lodi, _____

In fede _____

Allegati:

