

per il rinnovo annuale dichiara sotto la propria responsabilità che non si sono verificate rettifiche o revoche della situazione precedentemente documentata e che pertanto permangono le condizioni di gravità della persona con handicap

dichiara inoltre che nel proprio nucleo familiare non sono presenti altri soggetti lavoratori conviventi/non conviventi con la persona handicappata che usufruiscono dello stesso beneficio di Legge

dichiara che nel proprio nucleo familiare (parenti e affini di 3° grado con la persona bisognosa di cure, a prescindere dalla convivenza) non sono presenti persone in grado di assistere la persona handicappata per la quale si richiede il beneficio di legge, in quanto non lavoratori, nella/e seguente/i condizione/i:

- * riconosciuto incapace al lavoro al 100%
- * affetto da infermità superiore ai 2/3
- * di età inferiore ai 18 anni
- * ricoverato anche temporaneamente in ospedale
- * di età superiore ai 70 anni, in presenza di una qualsiasi invalidità riconosciuta.
- * infermo in maniera tale da non poter assistere l'handicappato, come da attestazione medica in relazione alla natura dell'handicap
- * presenza in famiglia di più di 3 minorenni
- * necessità di assistenza anche in ore notturne e anche da parte del lavoratore (da valutare a cura del medico di sede)
- * presenza in famiglia di un bambino inferiore ai 6 anni
- * privo di patente qualora l'handicappato debba essere accompagnato per visite mediche o terapie specifiche
- * risiede in località tanto distante da non poter fornire l'assistenza continuativa ed esclusiva

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
cognome e nome	data di nascita	grado di parentela

dichiara che nel proprio nucleo familiare (parenti e affini di 3° grado con la persona h) sono presenti soggetti non lavoratori impossibilitati ad assistere la persona handicappata (indicare generalità-relazione di parentela-motivi di impossibilità di assistenza:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
cognome e nome	data di nascita	grado di parentela

ovvero

allega le autocertificazioni degli altri soggetti, parenti o affini entro il 3° grado circa l'impossibilità di assistenza continuativa ed esclusiva all'handicappato/o dichiarazione del datore di lavoro di altri soggetti

Il dichiarante si impegna a comunicare tempestivamente all'Amministrazione qualsiasi variazione intervenuta rispetto alle dichiarazioni rese.

Data Firma

Allega fotocopia del proprio documento di identità

N.B.-I punti 6 e 7 non sono da compilare se la persona bisognosa di cure è figlio/a