



RICHIESTA BENEFICI LEGGE N. 104/1992

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(art. 47 d.p.r. 28.12.2000, n. 445)

Il/La sottoscritt... .., nato/a a
..... (prov.) il, residente in
..... (prov.) via
.....n. cap, dipendente di questo Osservatorio in
qualità di **consapevole delle sanzioni penali che la legge commina
per le ipotesi di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.
76 del D.P.R. n. 445/2000,**

DICHIARA

- a) che il/la propri... padre/madre/figlio,
nat... a (prov.....), il,
disabile, è in vita e non è ricoverat... a tempo pieno;
- b) che il/la sottoscritt... è **l'unico componente della famiglia ad assistere con continuità ed in via
esclusiva il/la suddett... congiunt...;**
- c) che **il giudizio sulla gravità dell'handicap**, ai sensi dell'art. 3, commi 1 e 3, della Legge n.
104/1992, **non è stato rettificato o revocato** da parte dell'ASL competente.

*Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i
dati personali raccolti saranno trattati dall'INGV, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del
procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

Napoli,

Il Dichiarante _____

(firma leggibile)

***Nel caso di dichiarazione mendace il dichiarante verrà denunciato ai sensi degli artt. 483, 495 e 496 del codice
penale per attestazioni mendaci.***

si allega fotocopia documento di identità del dichiarante

oppure:

(parte riservata all'Amministrazione ricevente)

A norma dell'art. 20 della legge 4.1.1968, n. 15, fatte le ammonizioni di cui all'art. 26 della stessa legge, il
sottoscritto afferma che la firma in calce alla dichiarazione è stata apposta, in sua presenza, previo accertamento
dell'identità del dichiarante mediante esibizione del doc. di riconoscimento
n. rilasciato da il

(firma e timbro del funzionario addetto)

Napoli,