

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
----------	---------------------	----------	-----------------------------

barrare casella di interesse

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></table>	cognome e nome						
	cognome e nome							
è mancante per i seguenti motivi: <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.		gg	mm	aaaa				

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></table>	cognome e nome						
	cognome e nome							
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.					gg	mm	aaaa	

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></table>	cognome e nome						
	cognome e nome							
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.					gg	mm	aaaa	

DATA _____ **FIRMA** _____