**DICHIARAZIONE DEL FAMILIARE DEL DISABILE**

Il/La sottoscritto/a …………………………………………………………………………………………………………………………………………

nato/a a ………………………………..………………………………………………. il……..……………………………………………………………

Codice Fiscale .……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

residente …………………………………………………………………………………………………………………………..….……………………….

in qualità di (grado di parentela) ……………………………………………………………………………………..……………………………

del disabile Sig./ra………………………….........……………………………………………………………………………………………………….

nato/a a ………………………………..………………………………………………. il……..……………………………………………………………

e residente …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

**dichiara:**

* di fruire alternativamente dei permessi ex L.104/92
* di prestare attività lavorativa presso………………………………………………………………………………………..

Si allega copia del documento di riconoscimento n………………………………………………………………………………………..

rilasciato da ………………………………….……………………….. il ………………………………………………………………………………….

Luogo e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**