DA COMPILARE SOLO SE L'INTERVENTO DI CONCILIAZIONE È RIVOLTO A UN MINORE CON HANDICAP GRAVE

ALLEGATO I

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ ATTESTANTE L'HANDICAP GRAVE DEL FIGLIO

Art. 7, co. 2, lett. h) del D.P.Reg. n. 33/2020

Il sottoscritto

COGNOME E NOME	

DATA DI NASCITA				LUOGO DI NASCITA	

CODICE FISCALE																

in conformità agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, a conoscenza di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. stesso, ai sensi del quale "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia"

DICHIARA

che il proprio figlio

COGNOME E NOME	

CODICE FISCALE																

- è portatore di handicap grave, in situazione di gravità accertata ai sensi dell'articolo 4, comma 1, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 (Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate)

  con verbale numero ☐ di data ☐ ☐ ☐

  REVISIONE ☐ SI ANNO ☐ MESE ☐

  ☐ NO

-

☐	NON è ricoverato a tempo pieno presso una struttura ospedaliera o un istituto specializzato
☐	è ricoverato a tempo pieno presso una struttura ospedaliera o un istituto specializzato ed è richiesta dai sanitari la presenza del genitore
☐	è ricoverato a tempo pieno presso una struttura ospedaliera o un istituto specializzato e NON è richiesta dai sanitari la presenza del genitore

Luogo e data

Firma