

**DICHIARAZIONE PERSONALE  
PER LA DETERMINAZIONE DEI BENEFICI  
DI CUI ALLA LEGGE 104/92 PER ASSISTENZA AL FIGLIO  
(cancellare le voci che non interessano)**

Il/La sottoscritto/a

\_\_\_\_\_

Nato/a

Prov.

\_\_\_\_\_

il

\_\_\_\_\_

Titolare (Profilo di  
Appartenenza)

\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, a norma delle disposizioni contenute nel DPR n. 445 del 28-12-2000 e s.m.i., i seguenti **benefici di cui alla legge 104/92 in base all'art 40/1 punto IV** del CCNI sulla mobilità:

- Di essere il/la PADRE/MADRE di

Cognome

Nome

\_\_\_\_\_

Nato/a a

Prov.

\_\_\_\_\_

Il

residente nel Comune di Prov.

\_\_\_\_\_

(NEL CASO DI ADOZIONI/AFFIDAMENTI: ADOTTATO/AFFIDATO IL \_\_\_\_\_ CON PROVVEDIMENTO \_\_\_\_\_)

- Che il proprio figlio risulta portatore di handicap grave come previsto dall'art. 33 commi 5 e 7 della Legge 104/92 con carattere permanente (oppure **rivedibile al** \_\_\_\_\_ ); come da documentazione allegata.
  - Che il proprio figlio non è ricoverato permanentemente in alcun istituto di cura.
  - Di impegnarsi, nel caso vengano meno le condizioni per usufruire della precedenza di cui all'art.33 commi 5 e 7, a comunicarlo all' A.T.P. , 10 giorni prima del termine ultimo di comunicazione al SIDI delle domande.
  - Che la provincia di domicilio del disabile è nella stessa provincia di titolarità
  - Che il comune di domicilio del disabile è nello stesso comune di titolarità
- Oppure**
- Che il comune di domicilio del disabile è in altro comune rispetto a quello di titolarità: per tale motivo il/la sottoscritto/a dichiara di aver presentato domanda di trasferimento volontaria

**Data**

\_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_