**Dichiarazione personale dei fratelli /sorelle/ parenti e affini entro il terzo grado che non sono in grado di assistere il disabile o sono in grado di assistere in maniera alternata il disabile**

Il/la sottoscritto/a ……………………………………………………...............…………… figlio/a fratello/sorella/parente/affine entro il terzo grado di …………………………………………disabile in situazione di gravità,

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR 445/2000, così come modificato ed integrato dall’art. 15 della legge 16 gennaio 2003 n. 3 e dall'art.15 comma 1 della legge 183/2011,

- **di non essere in grado** di effettuare l’assistenza al padre/alla madre/al fratello/sorella disabile, al parente/ all'affine entro il terzo grado in situazione di gravità con necessità di un’assistenza continuativa, globale e permanente, **per ragioni esclusivamente oggettive** tali da non consentire l’effettiva e continuativa assistenza, di seguito analiticamente indicate, ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...........................................................................................................................................................................

e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti nell’art. 33 commi 5 e 7 della legge 104/92 e di non essersene avvalso/a in precedenza.

- **di essere in grado** di effettuare l’assistenza al padre/alla madre/al fratello/sorella disabile,

al parente/ all'affine entro il terzo grado in situazione di gravità con necessità di un’assistenza continuativa, globale e permanente, in maniera alternata con altro familiare, e pertanto di avvalersi dei benefici previsti dal D.L. n.105 del 30/06/2022.

Il sottoscritto/a dichiara di essere dipendente presso l’Azienda/Amministrazione………………..

…………………………………………………. a far data dal…………………………………………..

Data……………………

Firma...........................................................