



Servizio Personale e Sviluppo Organizzativo

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' E CONSAPEVOLEZZA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**DICHIARA:**

- che è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- che è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela dei disabili;
- che si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni;
- che è consapevole che il diritto alla fruizione dei permessi non può essere riconosciuto a più di un lavoratore dipendente per l'assistenza alla stessa persona con handicap in situazione di gravità, fatta eccezione per i genitori che ne possono fruire alternativamente.

Il dichiarante

Lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_