

**DOMANDA DI PERMESSI LAVORATIVI PER L'A.A. _____/_____
Legge 5 Febbraio 1992, n. 104, art. 33, comma 3**

A	DATI RELATIVI AL/ALLA RICHIEDENTE QUALE PERSONA IN SITUAZIONE DI HANDICAP GRAVE	
<hr/>		
COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	
<hr/>		
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	PROV.
<hr/>		
INDIRIZZO	CAP	
<hr/>		
COMUNE DI RESIDENZA	PROV.	
<hr/>		
E' PORTATORE DI HANDICAP GRAVE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> _____ ACCERTATO DA		
<hr/>		
IN DATA	RIVEDIBILE IN DATA	
<input type="checkbox"/> _____ ACCERTATO DA		
<hr/>		
IN DATA	RIVEDIBILE IN DATA	E GIA' AGLI ATTI DEL CONSERVATORIO

B	DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' E CONSAPEVOLEZZA DEL/DELLA RICHIEDENTE
<p>Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false, dichiara che le notizie fornite con la presente rispondono a verità.</p> <p>Il/la sottoscritto/a, dichiara, inoltre, che:</p> <ul style="list-style-type: none">- è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza della persona in situazione di handicap grave e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;- 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 della persona in situazione di handicap grave;- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.	

Si allega:

DATA

FIRMA