*(Allegato 2)*

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA Legge 104/92 (artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/La sottoscritto/a …………..…,……………………………………………………………., nato/a………………………………………… …………………..……(Prov. ……..) il …./…./……. C.F:…………………………………., e residente nel comune di ………. ……………………………… (Prov…….) in Via ………………………………… ………………………………………………………….

consapevole delle sanzioni penali previste per le dichiarazioni mendaci e falso in atti ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000, al fine di fruire dei benefici di cui agli artt. 21 e 33 commi 5, 6 e 7 della legge 5 febbraio 1992, n. 104:

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, di fruire dei seguenti benefici di cui alla legge 104/92 (*barrare una delle seguenti condizioni)*:

di fruire della precedenza di cui all'art. 21 della L.104/92, in quanto in possesso di certificazione che attesta una propria condizione di disabilità ai sensi dell'art. 3 della Legge n. 104/92 oltre che un'invalidità superiore ai 2/3 per il comune di ……………………………….. in cui risiede;

di fruire della precedenza di cui all'art. 33, comma 6, della L. 104/92, in quanto in possesso di certificazione che attesta una propria condizione di disabilità con connotazione di gravità, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92 per il comune di ……………………………….. in cui risiede;

di fruire della precedenza di cui all'art. 33, commi 5 e 7 L. 104/92 con connotazione di gravità, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92, e di prestare assistenza in qualità di Genitore, Fratello/Sorella a: figlio/a fratello/sorella Cognome……………….. Nome……………………….. nato a…………………………………………….. prov……………………... il ………………………… residente a……………………….prov………………. Via……………………………………………………..;

di fruire della precedenza di cui all'art. 33, commi 5 e 7 L. 104/92 con connotazione di gravità, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92, e di prestare assistenza in qualità di Coniuge o Figlio/a a: Coniuge/genitore Cognome……………….. Nome……………………….. nato a…………………………………………….. prov……………………... il ………………………… residente a……………………….prov………………. Via……………………………………………………..,

Dichiara inoltre:

(obbligatoria) in caso di assistenza a disabile in situazione di gravità, che l'assistito non è ricoverato/a a tempo pieno presso istituti di cura, che necessita di assistenza continuativa e che il sottoscritto/a fruisce dei permessi di cui all'articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104;

Il/La sottoscritto/a dichiara di prestare il proprio consenso al trattamento dei dati personali necessari all'espletamento della procedura amministrativa di cui alla presente domanda, secondo le modalità, le garanzie e i termini di cui agli articoli 6 e 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali)

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IL DICHIARANTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Allegare documentazione attestante la precedenza)