**ATTESTAZIONE DATORE DI LAVORO DOMESTICO PER LA RICHIESTA DELL'APE SOCIALE**
**in relazione alle attività lavorative di cui all'allegato 3 della legge 30 dicembre 2021, n. 234**
**(art. 48 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Io sottoscritto/a:

Codice Fiscale _____ Sesso ☐ M ☐ F

Cognome _____

Nome _____

Nato/a il __/__/____

in _____ ☐ Estero

Provincia _____

Comune _____

Residente in:

Stato _____ ☐ Estero

Provincia _____

Comune _____ CAP _____

Indirizzo _____ n. _____

Telefono mobile _____

E-mail _____

PEC _____

in qualità di datore di lavoro domestico

consapevole della responsabilità penale e delle sanzioni previste in caso di false attestazioni e dichiarazioni mendaci (artt. 47, 48, 71, 73, 75 e 76 D.P.R. n. 445/2000), sotto la mia personale responsabilità

**ATTESTO**

che il/la Sig.re/ra

Codice Fiscale _____ Sesso ☐ M ☐ F

Cognome _____

Nome _____

Nato/a il __/__/____

in _____ ☐ Estero

Provincia _____

Comune _____

* campi a compilazione non obbligatoria

Residente in:

Stato ☐ Estero

Provincia

Comune CAP

Indirizzo n.

Frazione*

Palazzina* sc.* int.* Presso*

Telefono mobile*

L'indirizzo di riferimento è:

☐ Residenza ☐ Domicilio diverso dalla residenza*

Eventuale indirizzo diverso dalla residenza:

Stato ☐ Estero

Provincia

Comune CAP

Indirizzo n.

Frazione*

Palazzina* sc.* int.* Presso*

Telefono mobile*

è stato/a dipendente, nel rapporto di lavoro domestico n. (indicare il codice rapporto di lavoro) _____, dal _____ al _____

- CCNL applicato al rapporto di lavoro _____
- Codice professionale ISTAT specifico della professione _____

◯ per la mia assistenza personale

◯ per l'assistenza personale del/della Sig.re/ra:

Codice Fiscale Sesso ☐ M ☐ F

Cognome

Nome

Nato/a il __/__/____

in ☐ Estero

Provincia

Comune

Residente in:

Stato ☐ Estero

Provincia

Comune CAP

Indirizzo n.

persona in condizioni di non autosufficienza attestata con certificazione medica ovvero con verbale di accertamento dell'invalidità civile, delle condizioni visive e della sordità ovvero dello stato di handicap ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104

☐ Verbale di riconoscimento d'invalidità civile del _____ contenente la dizione: "Invalido con totale e permanente inabilità lavorativa 100% e con impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore (l. 18/1980)"

☐ Verbale di riconoscimento d'invalidità civile contenente la dizione: "Invalido con totale e permanente inabilità lavorativa 100% e con necessità di assistenza continua, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani (l. 18/1980)"

☐ Verbale di riconoscimento di cecità assoluta contenente la dizione: "Cieco assoluto (l. 382/1970 e l. 508/1988)"

☐ Verbale di riconoscimento di sordità contenente la dizione: "Sordo (l. 381/1970 e l. 508/1988)"

☐ Verbale di riconoscimento dello stato di handicap ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104 contenente la dizione: "Portatore di handicap in situazione di gravità (comma 3, art. 3)"

_____ _____

Luogo e data Firma del richiedente