

**DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE
DELL'HANDICAPPATO**

Il/La sottoscritt_____ nat_a _____
_____ prov. (_____) il _____, residente a _____
_____ (_____) in via _____ n _____

convivente non convivente

con il/la Sig. _____ (specificare la relazione
di parentela o affinità) _____, familiare disabile, residente nel
Comune di _____ (_____) via
_____.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

ai sensi della legge n. 15/68 e DPR 445/2000 di non essere nelle condizioni di prestare assistenza
continuativa al familiare disabile per i seguenti
motivi: _____

e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, l. 104/92 e di non averne beneficiato in
precedenza.

_____ li, _____

Firme _____