

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

Il/La sottoscritt_____ nat__a
_____ prov. (_____) il _____

Il/La sottoscritt_____ nat__a
_____ prov. (_____) il _____

Il/La sottoscritt_____ nat__a
_____ prov. (_____) il _____

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

DICHIARANO 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 _____

