

**DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE DEL
DISABILE**

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 RESPONSABILITÀ

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 _____

