

DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE DELL'HANDICAPPATO

☐ I ☐ sottoscritt ☐ nat ☐

a prov. () il

☐ I ☐ sottoscritt ☐ nat ☐

a prov. () il

☐ I ☐ sottoscritt ☐ nat ☐

a prov. () il

conviventi con ☐ I ☐ Sig.

(specificare la relazione di parentela o affinità) familiare

disabile, con il quale abitano nel Comune di

(Prov.) 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.

lì,

Firme
