

DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE DEL
DIVERSAMENTE ABILE

Il/La sottoscritt_ _____
nat_ a _____ prov. (____) il _____
in qualità di (specificare la relazione o il grado di parentela o affinità) _____
del/la Sig./ra _____ familiare disabile, e residente nel
comune di _____ (____) in 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:

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

_____ li, _____

FIRMA
