

**DICHIARAZIONE ALTRI COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE DEL DISABILE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a  
\_\_\_\_\_ prov.(\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a  
\_\_\_\_\_ prov.(\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a 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, legge 104/92 e di non averne  
beneficiario in precedenza.

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

**FIRME**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_