

**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, 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 _____

