

5 DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE DEL DISABILE

Il/La sottoscritto/a

_____ prov. () il _____

Il/La sottoscritto/a

Il/La sottoscritto/a

_____ prov. () il _____

_____ prov. () il _____

conviventi con il/la Sig. (specificare la

relazione di parentela o _____ affinità) familiare
disabile, con il quale abitano nel Comune di

_____ () via

DICHIARAZIONE SOTTO LA **PROPRIA** RESPONSABILITÀ

ai sensi della legge no 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
