

Dichiarazione degli altri componenti del nucleo familiare dell'assistito

Il /la sottoscritto/a _____
nata/a__ a _____ prov. (____) il _____
non Convivente con il/la Sig./ra _____
_____(specificare la relazione di
parentela o affinità) _____, familiare disabile, con il quale
abitano nel Comune di _____ (____) via

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

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 di

e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, l. 104/92 e di non averne
beneficiario in precedenza.

Luogo, _____ data _____

Firma
