

DICHIARAZIONE DI ALTRO COMPONENTE
IL NUCLEO FAMILIARE DEL PORTATORE DI HANDICAP

Il/La sottoscritt _____ nat _____ a
_____ prov. (____) il _____

(specificare la relazione di parentela o affinità)

del familiare disabile, _____,
nato/a a _____ il _____,
residente a _____ 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:

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

Si allega documento di identità in corso di validità.

_____, li, _____

Firma _____