

**DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE**  
**DELL'HANDICAPPATO**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_

nat a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Datore di Lavoro: \_\_\_\_\_

Conviventi o non con il/la Sig. \_\_\_\_\_

(specificare la relazione di parentela o affinità) \_\_\_\_\_, familiare

disabile, residente nel Comune di \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ )

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.

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

Firma

\_\_\_\_\_

***Alla presente, allegare copia fotostatica del documento di riconoscimento del familiare.***