

**DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE DEL  
DISABILE**

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  
\_\_\_\_\_

***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 \_\_\_\_\_