

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

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_ nat\_\_a  
\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_ nat\_\_a  
\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_  
( Prov. \_\_\_\_\_ ) via \_\_\_\_\_

***DICHIARANO 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  
beneficiario in precedenza.

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

Firme \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_