

**DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI DEL NUCLEO
FAMILIARE DELLA PERSONA CON DISABILITA'**

Il/La sottoscritt_____ nat__a _____
_____ prov. (____) il _____, residente a
_____ (____) in via _____ n _____

☐ convivente ☐ non convivente

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.

Marcianise li, _____

Firma _____