

**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 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) 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 beneficiato in precedenza.

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

Firme \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_