

**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, 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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_