

**DICHIARAZIONE DI ALTRO COMPONENTE IL NUCLEO FAMILIARE DEL DISABILE**

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_   
 nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_   
 residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

***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.

**DATI DELLA PERSONA DISABILE**

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_   
 nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_   
 residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Si allega copia documento di riconoscimento del dichiarante.

San Giovanni in Fiore, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_