**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 RESPONSABILITÁ***

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.

_____,_____ Firme _____

_____

_____

_____