

**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.

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

Firme \_\_\_\_\_