

**DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI FAMILIARI DEL PORTATORE DI HANDICAP**

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_ nat\_\_a  
\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_ nat\_\_a  
\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_ nat\_\_a  
\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

familiari del/della Sig./Sig.ra\_\_\_\_\_ disabile,  
(specificare la relazione di parentela o affinità) \_\_\_\_\_ ,

***DICHIARANO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ***

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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_