DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE
AI SENSI DELLA LEGGE 104/92

Il/La sottoscritto/a

nato/a a prov. ( )

il *

del Sig. , familiare disabile

DICHIARA 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 successive modificazioni e integrazioni e di non averne beneficiato in precedenza.

Pizzighettone, lì

Firma_____

* indicare il rapporto di parentela