

DICHIARAZIONE

degli altri familiari di non avvalersi dei benefici dell' art.33
legge 104

Il/La sottoscritt _____
nato/a a _____ il _____,
(*grado di parentela*) _____ del/lla
sig. _____,

(indicare il nome del soggetto handicappato)

dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi delle disposizioni contenute
nel D.P.R. 28/12/2000 n. 445, 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 della legge 104/92 e
di non essersene avvalso/a in precedenza.

_____, li _____

firma

(*) ragioni esclusivamente oggettive:

(sorelle o fratelli minori, o residenti all'estero, o handicappati, o impossibilitati perché residenti in
altre città o paese o motivi di salute).

N. B.

Nel caso ci siano altri fratelli o sorelle occorre dichiarare che non si è in grado di prestare assistenza per motivi
oggettivi. Pertanto ogni altro fratello/sorella membro della famiglia dovrà presentare la suddetta
dichiarazione.