

# 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.