

**DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE
PERSONA IN STATO DI HANDICAP**

[] [], C.F. []
nato/a il [] a [] prov. di [] e
residente a [] prov. di [] in via/Piazza
[] in qualità di figlio/a _ padre/madre_
parente¹ [] di []
beneficiario della L. 104/92 e s.m.i e residente nel Comune di []
prov. di [] in via []

**consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76
D.P.R. 445 del 28/12/2000**

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ'

di **ESSERE** nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile e pertanto di avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, l. 104/92 **alternativamente a** :

➤ [], C.F. []
nato/a a [] prov. di [] il []
il quale ha il seguente grado di PARENTELA con il familiare disabile: figlio/a _ padre/madre_ parente
[] e con il quale [] .

➤ [], C.F. []
nato/a a [] prov. di [] il []
il quale ha il seguente grado di PARENTELA con il familiare disabile: figlio /a _ padre/madre_ parente
[] e con il quale [] .

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.

Data []

[]

Si allega alla presente copia Carta Identità

1_ specificare grado di parentela