

# DICHIARAZIONE PERSONALE DEGLI ALTRI FAMILIARI

RESA AI SENSI DELLA LEGGE 15/68

MODIFICATA ED INTEGRATA DALLE LEGGI N°127/98, N° 191/98, DAL D.P.R. N°403/98, D.P.R. 445/00

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

parente con il sig/ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

(familiare disabile)

dichiara,

sotto la propria responsabilità, ai sensi della legge 15/68 modificata ed integrata dalle leggi n°127/97, n°191/98 e dal D.P.R. 403/98, di non essere nelle condizione di prestare assistenza continuativa al familiare per i seguenti motivi:

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

e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33 della legge 104/92 e di non esserne avvalso/a in precedenza.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_