

DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI AVENTI TITOLO

Il/La sottoscritt_____ nat_a
_____ prov. (____) il _____

Familiare del/la Sig._____ (specificare la
relazione di parentela o affinità del familiare disabile) _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000 di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, l. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

Allega copia documento di riconoscimento debitamente datato e sottoscritto

_____ li, _____

Firma _____