

DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE DELLA  
PERSONA CON DISABILITA'

Il/Lasottoscritt \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_ )

familiare del Sig. \_\_\_\_\_ (specificare la relazione di parentela

o affinità) \_\_\_\_\_,

familiare disabile, con il quale abitano nel Comune di \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ )

via \_\_\_\_\_

***DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ '***

ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000 di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile per i seguenti motivi:

\_\_\_\_\_

Si allega copia documento di identità in corso di validità.

Vittoria lì, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_