# DICHIARAZIONE

da parte dei familiari per beneficiare dell’ art. **33**

**Legge 104**

Il sottoscritto nato a il , codice fiscale: *( grado di parentela)*

*(indicare il nome del soggetto handicappato)*

nato/a a il , codice fiscale:

# 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, dichiara, di non avvalersi dei benefici previsti dall’art. 33 della legge 104/92 e di non essersene avvalso in precedenza.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì

firma

**N. B.** Allegare una fotocopia del documento di riconoscimento e 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 presente dichiarazione.