

DICHIARAZIONE PERSONALE

(resa ai sensi della legge 4/01/68 n. 15)

___/___ sottoscritt___
Nat ___ il ___, residente nel
Comune di _____ prov. di _____ in
via _____ tel. _____
in qualità di (relazione di parentela) _____ con ___/___
sig. _____ (disabile) residente nel Comune di
_____ Provincia di _____ in via _____

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, ai sensi della legge n. 15/68, 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.3 comma 3 e dall'art. 33 della legge 104/92 e di non essersene avvalso in precedenza.

Data _____

Firma _____