ELENCO FAMILIARI DEL PORTATORE DI HANDICAP FINO ALLO STESSO GRADO DI

 PARENTELA DEL RICHIEDENTE

 Cognome e nome data di nascita Rapporto di parentela Professione

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

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

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

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

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

DICHIARAZIONE PERSONALE

Il/la sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ figli\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (genitore in situazione di disabilità))

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR 445/2000, così come modificato ed integrato dall’art. 15 della legge 16 gennaio 2003 n. 3 e dall’art. 15 comma 1 della legge 183/2011, che i propri familiari (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) non sono in grado di prestare assistenza alla \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in situazione di gravità con necessità di assistenza continuativa, globale e permanente per ragioni esclusivamente oggettive, tali da non consentire l’effettiva e continuativa assistenza. Specifico di seguito i familiari e le ragioni oggettive per le quali gli stessi sono nell’impossibilità di prestare assistenza:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Risiede stabilmente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con la propria famiglia
* Presta attività lavorativa nella provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Risiede stabilmente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con la propria famiglia
* Presta attività lavorativa nella provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pertanto, dichiara che i familiari, in precedenza elencati non si avvalgono dei benefici previsti nell’art. 33 commi 5/7 della legge 104/92 e non si sono avvalsi in precedenza.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ In fede

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