

AL DIRIGENTE SCOLASTICO IC SORA 2°

DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE DEL
DISABILE

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

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

Conviventi/ non conviventi con il/la
Sig._____ (specificare la relazione di
parentela o affinità) _____, familiare disabile, con il quale abitano
nel Comune di _____ (____) via

DICHIARANO 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 di carattere oggettivo:

_____ e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, l. 104/92 e di non averne beneficiato in
precedenza

OPPURE

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

alternativamente con il sig./la
sig.ra_____ nata a

_____ - il _____ res.te in _____ -

all. doc. identità

_____ li, _____

Firma _____

