

DICHIARAZIONE PERSONALE DEI FRATELLI/SORELLE CHE NON ASSISTONO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

in qualità di genitore/ figlio/a fratello/sorella dell' assistito \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

*Sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 445/2000, così come modificato ed integrato dall'art. 15 della legge 16 gennaio 2003 n. 3 e ss.mm.ii.*

di non essere in grado di prestare assistenza al disabile in situazione di gravità sopraindicato con necessità di un'assistenza continuativa, globale e permanente per ragioni esclusivamente oggettive, di seguito indicate, tali da non consentirne l'effettiva e continuativa assistenza:

.....  
.....

*Dichiara*, altresì:

[ ] di essere lavoratore dipendente presso : \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_;

[ ] di non essere lavoratore dipendente.

E di non avvalersi dei benefici previsti nell'art. 33 commi 5 e 7 della legge 104/92 e di non essersene avvalso/a in precedenza.

Si allega documento di riconoscimento (in corso di validità ed in copia).

Vittoria, .....

Firma .....