**Dichiarazione personale del coniuge/dei fratelli/sorelle/genitori/ che non assiste/assistono**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (figlio/a, fratello/sorella, marito/moglie/figlio/figlia)

**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

- di non essere in grado di prestare assistenza al genitore/ al fratello/sorella/coniuge handicappato/a in

situazione di gravità con necessità di un’assistenza continuativa, globale e permanente per ragioni esclusivamente oggettive, di seguito indicate, tali da non consentire l’effettiva e continuativa assistenza

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………....

………………………………………………………………………………………………………........

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………....

……………………………………………………………………………………………………….......

e pertanto 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.

Data …………………………… **Firma………………………………**