

ALLEGATO N. 4

DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE

Il sottoscritto
nato/a a il.....CF.....
e residente a
convivente/non convivente con il Sig.
(specificare la relazione di parentela o affinità)
Familiare disabile, abitante nel Comune di
Via

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

I sensi della legge n.15/68 e DPR 445/2000 di non essere in condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile per i seguenti motivi:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

Firma del familiare

.....

Luogo e data.....

Elenco delle motivazioni che impediscono di fornire assistenza alla persona handicappata:

1. E' stato/a riconosciuto/a incapace al lavoro al 100%;
 2. E' affetto/a da invalidità superiore a 2/3;
 3. E' di età inferiore a 18 anni;
 4. E' Studente/Studentessa;
 5. E' ricoverato/a, anche temporaneamente, in ospedale (allegare certificazione);
 6. E' di età superiore a 70 anni unita ad invalidità;
 7. E' infermo/a in maniera tale da non poter assistere l'handicappato, come da attestazione medica in relazione alla natura dell'handicap;
 8. E' privo/a di patente di guida qualora l'handicappato debba essere accompagnato per visite mediche o terapie specifiche (in questo caso occorre la certificazione medica);
 9. Risiede in località tanto distante da non poter fornire l'assistenza continua ed esclusiva;
 10. Altro (specificare)
-