**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) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_