

**DICHIARAZIONE IMPOSSIBILITA' ALL'ASSISTENZA DELLA
PERSONA CON DISABILITA' CON NECESSITA' DI SOSTEGNO MOLTO ELEVATO**
(ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____
nat ____ a _____ prov. () il _____
_____ professione _____

☐ **Convivente** con il/la Sig./Sig.ra _____
(specificare la relazione di parentela o affinità) _____,
familiare con condizione di disabilità, con il quale abita nel Comune di
_____ () CAP _____
Via _____ n. _____

☐ **Non convivente** con il/la Sig./Sig.ra _____
(specificare la relazione di parentela o affinità) _____,

Dichiara sotto la propria responsabilità

di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare con condizione di
disabilità con necessità di sostegno molto elevato 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.

_____ lì, _____ Firma _____