

Allegato D

Al Dirigente scolastico
Istituto "A. Torrente"
Di Casoria

**DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE DELLA
PERSONA CON DISABILITA'**

Il/La sottoscritt_____ nat_a
_____ prov. (____) il_____, residente a
_____ (____) in via_____n_____

convivente non convivente

con il/la Sig._____ (specificare la relazione
di parentela o affinità)_____, familiare disabile, residente nel
Comune di _____(____) via
_____,'

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

ai sensi della legge n. 15/68 e DPR 445/2000 di non essere nelle 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.

_____ li, _____

Firme _____