

**DICHIARAZIONE PERSONALE NON ASSISTENZA PORTATORI DI HANDICAP**  
**(ART.33 COMMI 5° E 7° LEGGE 104/92)**

(AI SENSI DELLA LEGGE N° 15/68 E SUCC. MOD. ED INTEGR. E DEL D.P.R. N.403/98 E SUCC. MOD. E INTERGR.)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_

Residente nel comune di \_\_\_\_\_

In Via \_\_\_\_\_

(1) \_\_\_\_\_ familiare del portatore di handicap

Sig. \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, ai sensi della Legge n. 15/68 e successive modifiche ed

integrazioni e del D.P.R. n. 403/98 e successive modifiche ed integrazioni, DI NON ESSERE

NELLE CONDIZIONI DI PRESTARE ASSISTENZA CONTINUATIVA al familiare

disabile, per i seguenti

motivi: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti nell'art. 33 della Legge 104/92 e di non

essersene avvalso / a in precedenza.-

DATA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIRMA

(1) Specificare la relazione di parentela o affinità

(2) Non necessita di autenticazione o di "visto firmare"