

**ALLEGATO N. 5**

**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.

**Luogo e data.....**

**Firma del familiare**

.....

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

1. È stato/a riconosciuto/a incapace al lavoro al 100%;
2. È affetto/a da invalidità superiore a 2/3;
3. È di età inferiore a 18 anni;
4. È Studente/Studentessa;
5. È ricoverato/a, anche temporaneamente, in ospedale (allegare certificazione);
6. È di età superiore a 70 anni unita ad invalidità;
7. È infermo/a in maniera tale da non poter assistere l'handicappato, come da attestazione medica in relazione alla natura dell'handicap;
8. È 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)

