

**DICHIARAZIONE DI AUTOCERTIFICAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL  
NUCLEO FAMILIARE DEL SOGGETTO IN CONDIZIONI DI GRAVITA'**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
in relazione di parentela o affinità \_\_\_\_\_ con il Sig. \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ familiare disabile,

**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 avvalersi/non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, l. 104/92 e di aver/non averne beneficiato in precedenza, nonché di aver/non aver richiesto periodi di congedo straordinario per lo stesso soggetto disabile in situazione di gravità nel caso di lavoratore dipendente.

- ☐ Di essere dipendente pubblico presso \_\_\_\_\_
- ☐ Di essere dipendente privato presso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Si allega copia del documento di identità