**Dichiarazione personale di fratelli / sorelle / parenti e affini entro il terzo grado che non sono in grado di assistere il disabile**

Il/la sottoscritto/a …………………………..………………………………………………figlio/a fratello/sorella/parente/affine entro il terzo grado di …………………………………………… disabile in situazione di gravità,

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR 445/2000, così come modificato ed integrato dall’art. 15 della legge 16 gennaio 2003 n. 3 e dall’art. 15 comma 1 della legge 183/2011,

* **di non essere in grado** di effettuare l’assistenza al padre/alla madre/ al fratello/sorella disabile al parente/ all’affine entro il terzo grado in situazione di gravità con necessità di un’assistenza continuativa, globale e permanente, **per ragioni esclusivamente oggettive** tali da non con sentire l’effettiva e continuativa assistenza, di seguito analiticamente indicate,

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………** e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti nell’art. 33 commi 5 e 7 della legge 104/92 e di non essersene avvalso/a in precedenza.

Si allega copia del documento di riconoscimento.

Data ……………….……….

Firma

……………………………………..