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

Il sottoscritto **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, figlio della disabile in situazione di gravità, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**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 alla madre in situazione di gravità con necessità di un’assistenza continuativa, globale e permanente, **per ragioni esclusivamente oggettive** tali da non consentire l’effettiva e continuativa assistenza, di seguito analiticamente indicate:

* il sottoscritto è domiciliato/residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ed è furoi sede per tutta la giornata per motivi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di rispettare la volontà del parente disabile di essere accudito esclusivamente da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

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

Data……………………

Firma...........................................................

Si allega documento di identità.