



ISTITUTO COMPRENSIVO DI SCUOLA ELEMENTARE E MEDIA
Via Garibaldi 3 – 25050 **Passirano (Bs)**
☎ 030 6546075 – Fax 030 6548371
e.mail: postmaster@ic-passiranopaderno.it
codice fiscale: **98093190175**

**DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE
DELL'HANDICAPPATO**

Il/La sottoscritt_____ nat__a
_____ prov. (_____) il _____

Il/La sottoscritt_____ nat__a
_____ prov. (_____) il _____

Il/La sottoscritt_____ nat__a
_____ prov. (_____) il _____

conviventi con il/la Sig. _____ (specificare la
relazione di parentela o affinità) _____ , familiare disabile, con il
quale abitano nel Comune di _____ (____) via

DICHIARANO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

ai sensi della legge n° 15/68, di non essere nelle 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.


_____ li, _____

Firme _____



ISTITUTO COMPRENSIVO DI SCUOLA ELEMENTARE E MEDIA

Via Garibaldi 3 – 25050 **Passirano (Bs)**

 030 6546075 – Fax 030 6548371

e.mail: postmaster@ic-passiranopaderno.it

codice fiscale: **98093190175**