

## **AUTOCERTIFICAZIONE A CURA DEI FAMILIARI - LEGGE 104**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

figlio/a - fratello/sorella di \_\_\_\_\_

a conoscenza delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di falsa dichiarazione , (art. 26 della Legge 15/68 e art. 489 del Codice Penale),

### **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, di non essere in grado di effettuare assistenza al padre – alla madre – al fratello – alla sorella disabile, in situazione di gravità con necessità di assistenza continuativa, globale e permanente, per ragioni esclusivamente oggettive tali da non consentire l'effettiva e continuativa assistenza, di seguito analiticamente indicate.

---

---

---

---

---

---

Pertanto il/la sottoscritto/a dichiara di non avvalersi dei benefici previsti dell'art. 33, comma 5 e 7, della Legge 10/92 e di non essersene avvalso/a in precedenza .

Data \_\_\_\_\_

Firma

---