All. 4

DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE DEL SOGGETTO IN SITUAZIONE DI DISABILITÀ GRAVE

Il/La sottoscritto/a_____nat__a _____ prov. (_____) il _____

Il/La sottoscritto/a _____nat__a _____ prov. (_____) il _____

Il/La sottoscritto/a _____nat__a _____ prov. (_____) il _____

Il/La sottoscritto/a _____nat__a _____ prov. (_____) il _____

Il/La sottoscritto/a _____nat__a _____ prov. (_____) il _____

Il/La sottoscritto/a _____nat__a _____ prov. (_____) il _____

(specificare la relazione di parentela o affinità) _____ , del/della Sig./ra _____

DICHIARANO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000 di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, l. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

_____ li,_____

Firme

_____

_____

_____

_____

_____

_____

In allegato i documenti di riconoscimento dei dichiaranti.