

Al C.S.A. di _____

 1 sottoscritt _____ nat _____ a
_____ il _____ avvalendosi
della facoltà di cui alla legge 4/1/68 n. 15, con particolare riferimento agli art. 2 e 20 e alla legge
127 del 15/5/97, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 26 della legge 4/1/68 n.15 in caso
di falsa dichiarazione, ai sensi della legge 191/98, DPR 403/98 e DPR 445/00

D I C H I A R A

Sotto la propria personale responsabilità:

- di essere figlio/figlia, coniuge, madre/padre, fratello/sorella (*) (barrare ciò che non interessa) di .
....., nato/a a il
. residente a
- che 1 madre/padre, coniuge, figlio/figlia, fratello/sorella (barrare ciò che non interessa) è
portatore di handicap **in situazione di gravità**
- **non** è ricoverato permanentemente in alcun Istituto di cura
- necessita di assistenza continuativa, globale, permanente
- 1 scrivente è l'unico membro della famiglia in grado di prestare assistenza continuativa ed in via
esclusiva al disabile
- (in presenza di fratelli/sorelle) lo scrivente è l'unico figlio in grado di prestare assistenza
continuativa ed in via esclusiva al disabile in quanto:
 - il fratello/sorella risiede a ad una
distanza che non consente una effettiva e continuativa assistenza
 - il fratello/sorella è portatore egli stesso di handicap
 -

(*) per l'assistenza prestata al fratello/sorella disabile in situazione di gravità e **convivente**,
specificare se i genitori sono scomparsi o impossibilitati perché totalmente inabili (indicare
estremi del documento di riconoscimento di invalidità)

In fede

.....
data

.....
firma