

All.3

Al Dirigente scolastico dell'I.C. Riso di Isola delle Femmine

**DICHIARAZIONE DI ALTRO COMPONENTE IL NUCLEO FAMILIARE – CONVIVENTE  
CON LA PERSONA DISABILE ASSISTITA**

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

a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ domiciliato nel

Comune di \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Parente del/la Sig. \_\_\_\_\_, familiare disabile, in quanto suo

\_\_\_\_\_ (specificare la relazione di parentela o affinità)

ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITÀ**

**di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile sopraindicato per i seguenti motivi ( ved. deliberazione INPS n. 32 del 7.3.2000):**

- essere lavoratore dipendente e non beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/1992
- non essere lavoratore dipendente e di avere un'età superiore ai 70 anni con invalidità riconosciuta
- avere un'età inferiore ai 18 anni;
- non essere lavoratore dipendente ma essere affetto da patologia invalidante con infermità superiore ai 2/3 (si allega certificazione medica)
- di essere affetto da infermità temporanea, valutata dal medico dell'INPS, che impedisce di prestare la dovuta assistenza (allegare certificato del medico dell'INPS)
- di non essere in possesso di patente di guida (solo nel caso di necessità di trasporto della persona assistita)

Data, \_\_\_\_\_

Firma (leggibile) \_\_\_\_\_

