**DICHIARAZIONE DEI FIGLI DEL SOGGETTO DISABILE**

**Documentata impossibilità dei FIGLI del disabile di provvedere all’assistenza per motivi oggettivi**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a | |  |
| Nato/a | | Prov. |
| il | |  |
| residente a | | Prov. |
| Via |  | Cap. |

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, a norma delle disposizioni contenute nel DPR n. 445 del 28-12-2000 e s.m.i.,

* **di essere figlio del disabile in situazione di gravità:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | Cognome Nome |
| Nato/a | | Prov. |
| il | |  |
| residente a | | Prov. |
| Via |  | Cap. |

* **e di non poterlo assistere per i seguenti motivi oggettivi:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  |  |  |

FIRMA