

**DICHIARAZIONE DI RINUNCIA AI BENEFICI DELLA L. 104/92
PER ASSISTENZA AD UN FAMILIARE DISABILE.**

Il sottoscritt _____
nat_ a _____ prov. (____) il _____
e residente a _____ Provincia _____ C.a.p. _____
in via _____ n° _____
telefono _____ email _____
dipendente dell'Azienda _____
ubicata a _____ Provincia _____ C.a.p. _____
in via _____ n° _____
telefono _____ email _____
in servizio presso _____
in qualità di _____

di essere nella seguente relazione di parentela con il/la sig./sig.ra:

(indicare il cognome e nome della persona disabile in situazione di gravità)

- padre madre fratello sorella figlio coniuge
 parente entro il secondo grado affine entro il secondo grado

D I C H I A R A

sotto la propria responsabilità, ai sensi delle disposizioni contenute nel DPR 445/2000, così come modificato ed integrato dall'art. 15 della L. n. 3/2003 e dall'art.15 c. 1 della L. 183/2011, di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa ed esclusiva al familiare disabile, per motivi esclusivamente oggettivi (indicare i motivi):

e pertanto rinuncia ad avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33 della legge 104/92.

_____, li _____

firma