IL/La sottoscritt_/_ ……..

richiedente i benefici della L. 104 per il portatore di handicap con gravità ……..……..

DICHIARA

che il/la suddetto/a ha rapporti di parentela con:

NOME E COGNOME	GRADO DI PARENTELA	RESIDENZA	ATTIVITA' LAVORATIVA	DATORE DI LAVORO

Il/La sottoscritt_/_ dichiara inoltre che nessuno dei parenti in elenco nel periodo corrispondente ai giorni richiesti beneficia della L.104 per la persona per la quale si richiede di usufruire della L. 104.

Data ……

……
(firma)