DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE DELL'ASSISTITO

Il/La sottoscritt_/_ _____ ,nat_/_ a _____ il _____, non convivente con il/la sig. _____ (specificare la relazione di parentela o affinità) _____, familiare disabile con il/la quale abito o non abito nel Comune di _____ via _____ n. _____,

dichiara sotto la propria responsabilità

di rinunciare all'assistenza regolare, sistematica e costante per i seguenti motivi:

1. *personali e familiari* _____

2. *per lavoro* _____

3. _____

Arezzo, _____

Firma _____