**DICHIARAZIONE CONIUGE ULTRASESSANTACINQUENNE DEL DISABILE**

Il/la sottoscritt\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In relazione di parentela con il/la Sig./Sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

ai sensi della legge n.15/1968 e DPR 445/2000 di non essere nelle condizione di prestare assistenza continuativa al coniuge perché ultrassessantacinquenne e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall’art. 33,1 legge 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_