

Oggetto: Revoca dei benefici di cui all'art. 33, L. 104/1992.

Il/la sottoscritto/a _____, nato a _____, il
_____, residente a _____ prov. _____ Via
_____, (qualifica) _____,

D I C H I A R A

☐ il proprio _____ (padre-madre-figlio-zio, ecc.)
sig./ra _____, nato il _____ a
_____ e residente a _____ in via
_____, riconosciuto portatore di handicap in situazione di gravità ai sensi
dell'art. 33, c. 3 della legge 104/1992, da parte della competente commissione medica dell'A.S.L. di
_____ di cui all'art. 4 c. 1 della L. 104/92.

A tal fine,

D I C H I A R A

☐ che dal _____ sono venuti meno i presupposti per continuare ad usufruire dei benefici
previsti dall'art. 33, comma 3, della legge 104/92 per i seguenti motivi:

- ☐ decesso del familiare disabile suindicato avvenuto in data _____;
- ☐ Non è più nelle condizioni di poter prestare assistenza al familiare disabile suindicato;
- ☐ Mancata conferma della condizione di disabilità grave a seguito di visita di revisione da parte della
competente commissione medica;
- ☐ sono venuti meno i presupposti per continuare ad usufruire dei benefici previsti dalla legge
104/92 (ricovero a tempo pieno del disabile presso istituto specializzato, trasferimento delle
agevolazioni ad altro familiare, divorzio con il coniuge disabile grave);
- ☐ altro _____ (specificare)

In fede

SAN SEVERO, li _____
