

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE - STATO DI FAMIGLIA

Art. 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000

Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari di documentazione amministrativa

N.B.: non soggetta ad autentica. La sottoscrizione deve avvenire in presenza del dipendente addetto; se il modulo, firmato dal dichiarante, è presentato da altra persona o inviato per posta o via fax, deve essere accompagnato da fotocopia (fronte-retro) di un documento di identità del dichiarante in corso di validità

Io sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____

in possesso della cittadinanza _____

residente a _____ Via _____ n° _____

maggiorenne con capacità di agire, consapevole che in caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero:

- potranno essere adottate sanzioni penali (v. art. 76 del D.P.R. 445/2000)
- non avrà effetto il beneficio conseguito (v. art. 75 del D.P.R. 445/2000)

DICHIARO

che la mia famiglia risiede a _____ Via _____

n.° _____ ed è così composta:

1) il/la dichiarante

2) _____
(cognome) (nome) (nato/a il) (a) (rapp. parent. con dich.)

3) _____
(cognome) (nome) (nato/a il) (a) (rapp. parent. con dich.)

4) _____
(cognome) (nome) (nato/a il) (a) (rapp. parent. con dich.)

5) _____
(cognome) (nome) (nato/a il) (a) (rapp. parent. con dich.)

6) _____
(cognome) (nome) (nato/a il) (a) (rapp. parent. con dich.)

Luogo, data _____ Firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 del D.Lgs. 196/2003

I dati riportati nella presente dichiarazione verranno utilizzati dall'ASUIUD solo con riferimento al procedimento per il quale la dichiarazione è stata rilasciata.

Il presente modulo deve essere consegnato presso gli Uffici Anagrafe Sanitaria del Distretto Sanitario di appartenenza