

ALLEGATO 2 al Modello richiesta assegno di cura
 Avviso pubblico Progetti in materia di vita indipendente ed inclusione nella società di persone con disabilità
 Anno 2017

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA

(art. 46 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
 nato/a a _____ prov. _____ il _____
 Codice fiscale _____

In qualità di:

☐ beneficiario dell'assegno di cura per progetto in materia di vita indipendente;

☐ richiedente l'assegno di cura per progetto in materia di vita indipendente, per conto di:

(cognome) _____ (nome) _____
 nato/a a _____ prov. _____ il _____
 Codice fiscale _____

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione, ai sensi dell'art. 75 del citato D.P.R.

DICHIARA

Che lo stato di famiglia del sig./sig.ra _____
 Residente in Via/Piazza _____ n. _____
 Comune _____ C.A.P. _____
 alla data del _____, è il seguente:

nr.	cognome e nome	luogo di nascita	data nascita	rapporto parentela
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Luogo e data, _____

Firma del dichiarante
