

Allegato C)

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'istanza per assegno di cura/contributo di cura per persone affette da
disabilità gravissima 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 di nascita	Rapporto parentela
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Luogo e data, _____

Firma del dichiarante
