

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritta _____
(cognome) (nome)

nato a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.)

residente a _____ in via _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

- di essere nato a _____ (_____) il _____
- di essere residente a _____
- di essere cittadino _____
- di essere celibe/nubile/di stato libero
- di essere coniugato con/a con _____
- di essere vedovo/a di _____
- di essere divorziato/a da _____
- che lo stato di famiglia è composto dalle seguenti persone:

(cognome nome) (luogo e data di nascita) (rapporto di parentela)

- di essere tuttora vivente
- che il/la figlio/a è nato/a in data _____ a _____ (_____)
- che il proprio _____ nato il _____
(rapporto di parentela) (cognome nome)
a _____ è morto in data _____ a _____
- di essere iscritto nell'Albo o Elenco _____ tenuto dalla
Pubblica Amministrazione _____ di _____
- di appartenere all'Ordine Professionale _____
- di possedere il titolo di studio: _____ rilasciato dalla
Scuola/Università _____ di _____
- la qualità di studente presso la Scuola/Università _____
_____ di _____
- la qualità di pensionato e categoria di pensione _____
- lo stato di disoccupazione con iscrizione al _____
_____ con decorrenza dal _____ al _____
- che la situazione reddituale/economica, anche ai fini della concessione dei benefici di qualsiasi
tipo previsti da leggi speciali, per l'anno _____ è la seguente

(cifre) (lettere)
- l'assolvimento di specifici obblighi contributivi con indicazione dell'ammontare corrisposto di

- il possesso e il numero del codice fiscale _____
- iscrizione partita IVA e qualsiasi dato presente nell'archivio dell'anagrafe tributaria

ASST NORD MILANO - Centralino unico: 02 5799.1 -Sede Legale: Viale Matteotti, 83 - 20099 Sesto SG (MI)

Uffici Amministrativi: Via Castelvetro, 22 - 20154 Milano -Ufficio Protocollo: Via Castelvetro 22 - 20154 Milano
-PEC: protocollo@pec.asst-nordmilano.it - PIVA e C.F. 09320420962

- la qualità di legale rappresentante di persone fisiche o giuridiche, di tutore, di curatore e simili di _____
- la qualità di vivenza a carico di _____

Barrare la/le voci che riguardano la/le dichiarazione/i da produrre.

ai sensi del regolamento (UE) 2016/679 (protezione delle persone fisiche con riguardo ai dati personali, nonché alla libera circolazione dei dati) e del D.Lgs. 108/2018, le informazioni contenute nella presente comunicazione, sono riservate e ad uso esclusivo del destinatario. La diffusione, distribuzione e/o copiatura del presente documento ed eventuali allegati da parte di qualsiasi soggetto diverso dai destinatari è proibita; tale divieto di diffusione è sanzionato dal Regolamento UE 2016/279 e dal D. Lgs. 101/2018.

Firma _____

Responsabile della protezione dati rpd-dpo dott.ssa Maria Francesca Fasano - mail rpd-dpo@asst-nordmilano.it

(luogo e data)

II DICHIARANTE

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

Dichiarazione resa dall'interessato identificato con:

1) documento di identità in **corso di validità** _____ n. _____ rilasciato da _____ in data _____

2) documento di identità **non in corso di validità**
si attesta e conferma dei dati contenuti nel documento di identità _____
n. _____ rilasciato da _____ in data _____

II DICHIARANTE

Da: operatore _____ Sede _____ Data _____

ASST NORD MILANO - Centralino unico: 02 5799.1 -Sede Legale: Viale Matteotti, 83 - 20099 Sesto SG (MI)

**Uffici Amministrativi: Via Castelvetro, 22 - 20154 Milano -Ufficio Protocollo: Via Castelvetro 22 - 20154 Milano
-PEC: protocollo@pec.asst-nordmilano.it - PIVA e C.F. 09320420962**