

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

Il/la sottoscritto/a _____
 _____ (cognome) _____ (nome)
 Nato/a 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 a _____ (_____) il _____
 di essere residente a _____
 di essere cittadino/a _____
 di essere celibe/nubile/di stato libero
 di essere coniugato/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 _____
 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

IL DICHIARANTE

Luogo e data _____

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 _____

IL DICHIARANTE

Luogo e data _____

Da: operatore _____ Sede _____ Data _____