

ALLEGATO 2 – Autocertificazione stato di famiglia

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a (*cognome*) _____ (*nome*) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

in qualità di:

beneficiario dell'istanza per interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima

richiedente per conto di:

(*cognome*) _____ (*nome*) _____

nato a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

DICHIARA

che lo stato di famiglia del sig. / della sig.ra _____

residente in Via/Piazza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____

è il seguente:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela

Luogo e data _____

Firma del richiedente
