

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA' PER LA FRUIZIONE DI SERVIZI ASSISTENZIALI**

(ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445

**DICHIARA**

di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

di essere residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

che il numero di codice fiscale attribuito è \_\_\_\_\_

che il nucleo familiare è composto, oltre che da me, dalle seguenti persone:

	<b>nome e cognome</b>	<b>data di nascita</b>	<b>codice fiscale</b>
1)	_____	_____	_____
2)	_____	_____	_____
3)	_____	_____	_____
4)	_____	_____	_____

di percepire i seguenti redditi mensili al netto delle imposte:

- pensione categoria \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ importo \_\_\_\_\_
- indennità di accompagnamento importo \_\_\_\_\_
- redditi da lavoro dipendente importo \_\_\_\_\_
- redditi da lavoro autonomo importo \_\_\_\_\_
- altro (specificare)  
\_\_\_\_\_ importo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ importo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ importo \_\_\_\_\_

che le persone che compongono il nucleo familiare percepiscono i seguenti redditi mensili al netto delle imposte:

1) \_\_\_\_\_ (nome e cognome)

- pensione categoria \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ importo \_\_\_\_\_
- indennità di accompagnamento importo \_\_\_\_\_
- redditi da lavoro dipendente importo \_\_\_\_\_
- redditi da lavoro autonomo importo \_\_\_\_\_
- altro (specificare)
- \_\_\_\_\_ importo \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ importo \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ importo \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ (nome e cognome)

- pensione categoria \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ importo \_\_\_\_\_
- indennità di accompagnamento importo \_\_\_\_\_
- redditi da lavoro dipendente importo \_\_\_\_\_
- redditi da lavoro autonomo importo \_\_\_\_\_
- altro (specificare)
- \_\_\_\_\_ importo \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ importo \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ importo \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_ (nome e cognome)

- pensione categoria \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ importo \_\_\_\_\_
- indennità di accompagnamento importo \_\_\_\_\_
- redditi da lavoro dipendente importo \_\_\_\_\_
- redditi da lavoro autonomo importo \_\_\_\_\_
- altro (specificare)
- \_\_\_\_\_ importo \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ importo \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ importo \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_ (nome e cognome)

- pensione categoria \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ importo \_\_\_\_\_
- indennità di accompagnamento importo \_\_\_\_\_
- redditi da lavoro dipendente importo \_\_\_\_\_
- redditi da lavoro autonomo importo \_\_\_\_\_
- altro (specificare)
- \_\_\_\_\_ importo \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ importo \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ importo \_\_\_\_\_

- che la rata mensile dell'affitto o del mutuo prima casa è pari a € \_\_\_\_\_
- che le spese condominiali mensili sono pari a € \_\_\_\_\_
- di aver sostenuto nell'anno precedente o di sostenere nell'anno in corso le seguenti spese per cure mediche od ortodontiche (specificare):
- |       |               |
|-------|---------------|
| _____ | importo _____ |
| _____ | importo _____ |
| _____ | importo _____ |
- di avere a proprio carico il sig./la sig.ra \_\_\_\_\_
- di essere a carico del sig. / della sig.ra \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie contenute nel presente modulo sono vere.

Conferisce il consenso al trattamento dei propri dati personali e/o sensibili ai sensi del D. Lgs. 196/03  
Prende atto, inoltre, delle informazioni di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/03.

Cremona, li

Il dichiarante

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso)