

REGIONE ABRUZZO

A.S.L. 1 – Avezzanmo – Sulmona – L'Aquila

Distretto Sanitario – Area L'Aquila

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DI STATO DI FAMIGLIA (Articoli 45 e 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il/La sottoscritt _____

Nat ____ a _____ (____) il ____/____/____

Residente in _____ (____) – Tel. _____

Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____.

Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (Articolo 76 – D.P.R. 445/2000),

D I C H I A R A

che la propria famiglia risiede a: _____

in Via _____ n. _____ Tel. _____

ed è così composta:

_____ nat ____ il ____/____/____ a _____

_____ nat ____ il ____/____/____ a _____

_____ nat ____ il ____/____/____ a _____

_____ nat ____ il ____/____/____ a _____

_____ nat ____ il ____/____/____ a _____

L'Aquila lì _____

Firma _____

Medico scelto Dott. _____

(da allegare fotocopia del documento del dichiarante)