



Distretto socio sanitario RM 5.2

Ufficio del Piano di zona

ALLEGATO 4

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a (*cognome*) _____ (*nome*) _____
nato/a a _____ prov. (_____) il _____
Codice fiscale _____
residente nel Comune di _____ prov. (_____)
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ telefono _____
domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di _____ prov. (_____)
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ telefono _____

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D. Lgs. 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 D. Lgs.

DICHIARA

che lo stato di famiglia del sig./della sig.ra:
(*cognome*) _____ (*nome*) _____
nato/a a _____ prov. (_____) il _____
Codice fiscale _____
residente nel Comune di _____ prov. (_____)
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ telefono _____

è il seguente:

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

Comune di Guidonia Montecelio	prot. partenza n. 0035630	del 28-03-2024

Luogo e data, _____

Firma
