

Dichiarazione sostitutiva di Certificazione
Art. 46 – lettera o – D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ () il _____

Residente a Barrali (CA) in Via _____ n° _____

Codice Fiscale _____

Beneficiario delle provvidenze della L.R. n. 05/ 2019

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

- Che il reddito familiare dell'anno _____ è stato di € _____
- Che il nucleo familiare è composto da n° _____ persone
- Che la certificazione medica relativa alla patologia di cui alla L.R n. 05/2019 è già stata consegnata.
- Che non percepisce, per la stessa patologia, altre provvidenze assistenziali relative a sussidi, rimborsi per le spese di viaggio e soggiorno.

Comunica il seguente codice IBAN

su cui far accreditare le erogazione delle provvidenze economiche.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n° 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

data

*firma**

(esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

*(la firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato).