



CODICE ISCRITTO _____

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000**ISCRITTO**

COGNOME _____

DATA DI NASCITA _____

NOME _____

LUOGO DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

PROVINCIA DI NASCITA _____

Consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA**Che la propria famiglia è abitante a:**

LUOGO E PROVINCIA DI RESIDENZA _____

INDIRIZZO DI RESIDENZA _____

è così composta:**Intestatario scheda**

Cognome e Nome (in stampatello) _____ C.F. _____

Nato a _____ il _____ Stato civile _____

Grado di parentela

Cognome e Nome (in stampatello) _____ C.F. _____

Nato a _____ il _____ Stato civile _____

Grado di parentela

Cognome e Nome (in stampatello) _____ C.F. _____

Nato a _____ il _____ Stato civile _____

Grado di parentela

Cognome e Nome (in stampatello) _____ C.F. _____

Nato a _____ il _____ Stato civile _____

Grado di parentela

Cognome e Nome (in stampatello) _____ C.F. _____

Nato a _____ il _____ Stato civile _____

Grado di parentela

Cognome e Nome (in stampatello) _____ C.F. _____

Nato a _____ il _____ Stato civile _____

Grado di parentela

Cognome e Nome (in stampatello) _____ C.F. _____

Nato a _____ il _____ Stato civile _____

Luogo e data _____ Firma* _____

* la firma non deve essere autenticata e la sottoscrizione non deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato.

La presente dichiarazione ha validità per n. 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore, ha la stessa validità di essi.

La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 comma 1 D.P.R.445/2000).

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000.

N.B. Si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretta verifica della veridicità della documentazione prodotta, il F.I.L.COOP Sanitario avrà sempre la facoltà di esercitare ogni controllo sull'autocertificazione inviata. Il rifiuto di presentare eventuale documentazione aggiuntiva o l'opposizione agli eventuali accertamenti decisi dal Fondo comportano la decadenza del diritto alle prestazioni.