



CITTÀ DI GUIDONIA MONTECELIO
 (CITTÀ METROPOLITANA DI ROMA CAPITALE)
 DISTRETTO SOCIO SANITARIO R.M. 5.2
 UFFICIO DEL PIANO DI ZONA

ALLEGATO 2

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 (beneficiario dell'intervento):

(*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

Luogo e data, _____

Firma
