

DICHIARAZIONE DI AUTOCERTIFICAZIONE
(ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'
(Completare i campi che riguardano la dichiarazione da produrre)

Di essere nato/a _____ in data _____ di essere residente in _____
via _____ n. ___ di essere cittadino _____
con stato civile _____ stante l'iscrizione anagrafica nel comune di _____

Di godere dei diritti civili e politici.

Di essere nella seguente posizione agli effetti e adempimenti degli obblighi militari _____

Di essere iscritto all'Ordine/Collegio Professionale _____

Che, oltre al/alla sottoscritto/a, la famiglia convivente si compone di:

Cognome/Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Rapporto di parentela

Di essere in possesso del seguente titolo:

Tipo di titolo	Conseguito presso	In data

Di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa.

Di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali.

Il seguente stato/fatto o qualità personale di cui all'art. 46 D.P.R. 445 del 28.12.2000 e s.m.i.:

Sono consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamati dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e s.m.i. e accertate dall'ASL del VCO in sede di controllo, verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale e delle leggi speciali in materia e la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera. Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.lgs. 196/2003 e s.m.i. che i dati personali raccolti saranno trattati dall'ASL del VCO anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e per lo svolgimento delle sue funzioni istituzionali e nei limiti di legge.

Luogo, _____, data _____

IL DICHIARANTE

(Firma leggibile)