



MUNICIPIO DELLA CITTA' DI PATTI

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 30

COMUNE CAPOFILA PATTI

(Patti - Brolo – Ficarra – Floresta – Gioiosa Marea - L ibrizzi – Montagnareale – Oliveri – Piraino –
Raccuia – San Piero Patti – Sant'Angelo di Brolo – Sinagra – Ucria)

All. 2

Dichiarazione sostitutiva di certificazione (D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

l sottoscritt_ (nome e cognome) _____

nat_ a _____ Prov. _____ il _____,

residente a _____ via/piazza _____ n. _____

in qualità di _____

della società _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

ai sensi dell'art. 83, comma 3 del D.Lgs. 159/2011 di avere i seguenti familiari conviventi di maggiore età:

NOME E COGNOME

DATA DI NASCITA

RESIDENZA

CODICE FISCALE

LUOGO DI NASCITA

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs.n. 196/2003 (codice in materia di protezione di 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 leggibile del dichiarante con allegata copia documento di identità
