

WELFARE integrativo Comparto Sanità – anno 2025
(modulo per il personale cessato dal servizio con almeno 6 mesi di servizio nel 2025)

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione e/o sostitutiva dell'atto di notorietà
resa ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/02/2000, n. 445**

____ l ____ sottoscritt ____
(cognome e nome)
nat ____ a ____ provincia di ____
il ____ c.f.: ____ residente nel
Comune di ____ alla via ____
n. ____ C.A.P. ____ con recapito telefonico ____
in qualità di ex dipendente di ASUGI.

consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28/10/2000 n° 445 e successive modificazioni, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

- il valore ISEE 2025 _____
- il numero di protocollo completo dell'anno di riferimento (2025)

COMUNICA INOLTRE

- la mail personale di riferimento per l'eventuale trasmissione del buono spesa, se beneficiario

Luogo e data

Firma del dichiarante _____

Allega copia di un valido documento di riconoscimento.