

**DICHIARAZIONE RESA DA ALTRA PERSONA  
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

ai sensi dell'art. 47 DPR n. 445/2000

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a  
 \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
 via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Stato  
 \_\_\_\_\_ domiciliato a \_\_\_\_\_  
 provincia \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n.  
 \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ (eventuale Codice Fiscale)  
 \_\_\_\_\_

*consapevole che, ai sensi dell' art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, rilasciare dichiarazioni mendaci, formare atti falsi o farne uso nei casi previsti dal medesimo decreto costituisce condotta punibile ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia*

**DICHIARA**

che il/la proprio/a figlio/a  
 nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ residente a  
 \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n.  
 \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_ domiciliato a  
 \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ via  
 \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ (eventuale Codice Fiscale)  
 \_\_\_\_\_

- è cittadino/a comunitario/a di cittadinanza (Stato) \_\_\_\_\_
- non è iscritto all'anagrafe dei residenti
- non possiede i requisiti per l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale
- è privo di assicurazione sanitaria privata o di diritto all'assistenza sanitaria a carico dello Stato di residenza
- è privo di risorse economiche sufficienti
- è presente stabilmente da più di tre mesi sul territorio italiano.

*Il/La sottoscritto/a, ai sensi dell'art. 13 del DLgs 196/2003 e ss. mm. e ii. (codice sulla privacy) è informato che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo*

Luogo e data \_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO ALL' UFFICIO**

Dichiarazione sottoscritta, in presenza del dipendente addetto, dall'interessato/a identificato/a mediante il documento

TIPO \_\_\_\_\_ e n. \_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_, che si allega in copia. Si allega, altresì, copia del documento che attesta la relazione di parentela

LUPGO E DATA

\_\_\_\_\_

IL DIPENDENTE ADDETTO

\_\_\_\_\_

CODICE ASSEGNATO

|\_E\_|\_N\_|\_I\_|\_0\_|\_6\_|\_0\_|\_1\_|\_0\_|\_1\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

DATA ASSEGNAZIONE \_\_\_\_\_

DATA SCADENZA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_