

All. n. 2.1

FAC –SIMILE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E/O DI ATTO DI NOTORIETA'
(ai sensi del DPR n. 445/2000 artt. 46 e 47)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del DPR 445/2000)

DICHIARA

di essere nato/a _____ il _____

di essere residente nel Comune di _____

in via _____ n. _____

di essere domiciliato nel Comune di _____

in via _____ n. _____

di essere in possesso del Codice Fiscale n. _____

di essere in possesso di partita I.V.A. n. _____

di avere aperto la seguente posizione INPS _____

di essere in possesso di Attestazione di soggiorno permanente rilasciata dal Comune di _____

di essere iscritto al Centro per l'Impiego di _____

di essere iscritto alla Camera di Commercio di _____

di essere iscritto nel seguente albo, ordine professionale o elenco pubblico _____

di essere familiare (indicare il rapporto di parentela _____) a carico di _____ nato a _____ il _____

di avere a carico i seguenti familiari:

n.	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela

di essere iscritto a corso di studi o corso di formazione professionale presso l'Istituto _____

di _____

di _____

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs 30/6/2003 n. 196, che i dati personali saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data

il Dichiarante

All. n. 2.2

FAC –SIMILE

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E/O DI ATTO DI NOTORIETA’
(ai sensi del DPR n. 445/2000 artt. 46 e 47)**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____

il _____

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall’art. 76 del DPR 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del DPR 445/2000)

DICHIARA

di essere in possesso del Permesso di soggiorno per motivi di _____

di essere in attesa di rilascio del Permesso di soggiorno per motivi di _____

di essere in attesa di rinnovo del Permesso di soggiorno per motivi di _____

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs 30/6/2003 n. 196, che i dati personali saranno trattati esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data

il Dichiarante

All. n. 2.3

FAC –SIMILE

Alla ASL _____
Distretto Socio-Sanitario di _____

IMPEGNO A COMUNICARE EVENTUALI VARIAZIONI DI STATUS

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____

il _____

residente/domiciliato nel Comune di _____

in Via/P.zza _____ n. _____

si impegna a comunicare a codesta ASL/Ufficio ogni eventuale variazione del proprio status.

Luogo e data

il Dichiarante

All.n.2.4

FAC –SIMILE

MODULO PER ATTRIBUZIONE CODICE ENI

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E/O DI ATTO DI NOTORIETA'
(ai sensi del DPR n. 445/2000 artt. 46 e 47)**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del DPR 445/2000)

DICHIARA

di non essere in possesso dei requisiti per l'iscrizione obbligatoria al SSR;
di versare in condizioni di indigenza tali da non poter provvedere alla stipula di polizza assicurativa sanitaria privata o iscrizione volontaria al SSR;
di essere sprovvisto di attestazione di diritto rilasciata dallo stato di provenienza;
di essere domiciliato nel Comune di _____

Si allega copia del documento di identità

Data

Firma
