( Mod. H Armi – famiglia )

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

( Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 )

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_) Il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.ro \_\_\_ consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere

DICHIARA

Che il proprio nucleo familiare è composto dalle seguenti persone, escluso il dichiarante:

(Indicare: generalità, rapporto di parentela con il dichiarante – coniuge, padre, figlio etc. – e se convivente)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome | Nome | Luogo di nascita | Data di nascita | Parentela | Convivente  SI / NO |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Che lo stato di famiglia storico dei propri genitori oltre che dallo scrivente è composto dalle seguenti persone

(Indicare: generalità e rapporto di parentela con il dichiarante – padre, madre, fratello, sorella etc.)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome | Nome | Luogo di nascita | Data di nascita | Parentela |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Che lo stato di famiglia storico del proprio nucleo coniuge è composto dalle seguenti persone, escluso il coniuge ( solo per i coniugati indicare generalità e rapporto di parentela del coniuge – padre, madre, fratello, sorella etc.)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome | Nome | Luogo di nascita | Data di nascita | Parentela |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |