Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Pavia

Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) di Pavia
Sede Legale: Viale Repubblica, 34 - 27100 PAVIA
Codice Fiscale/Partita I.V.A. n. 02613080189
sito internet: www.asst-pavia.it

Mod SR 2

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

ai sensi dell'art. 46 DPR 445/2000 e s.m.i.
residenza e stato di famiglia

Data ..... / ..... / ..... luogo .....

Il/la sottoscritto/a .....
Nato/a a ..... provincia (o stato estero) .....
documento di identità ..... n° ..... data rilascio ..... / ..... / .....
rilasciato da .....

DICHIARA

Di essere cittadino : ☐ Italiano ☐ altro _____
(specificare)

Di essere residente nel comune di ..... provincia .....
in via/piazza .....n .....

Che il proprio nucleo familiare è così composto:

_____ (cognome e nome)	_____ (data di nascita)	_____ (luogo di nascita)
_____ (cognome e nome)	_____ (data di nascita)	_____ (luogo di nascita)
_____ (cognome e nome)	_____ (data di nascita)	_____ (luogo di nascita)
_____ (cognome e nome)	_____ (data di nascita)	_____ (luogo di nascita)
_____ (cognome e nome)	_____ (data di nascita)	_____ (luogo di nascita)
_____ (cognome e nome)	_____ (data di nascita)	_____ (luogo di nascita)

Dichiara inoltre di essere consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i e dalla decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni false e mendaci, sotto la propria responsabilità.

Dichiara di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs 196/2003 e s.m.i., nell'ambito del procedimento e degli adempimenti conseguenti per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma del dichiarante

_____