

## AUTOCERTIFICAZIONE NUCLEO FAMILIARE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge derivanti da mendaci dichiarazioni e false attestazioni,

## DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità civile e penale e ai fini del percepimento delle prestazioni economiche previste dallo Statuto e dal Regolamento del F.I.A.S.I.D. – Fondo Ilva Assistenza Sanitaria Integrativa Dirigenti con sede a Genova in Via Giuseppe Casaregis 9/14, che i componenti il proprio nucleo familiare, così come elencati nel modello unificato di iscrizione al Fondo, sono i seguenti:

Dichiara inoltre di autorizzare, anche ai sensi della legge n. 196/2003, il F.I.A.S.I.D. a effettuare ogni necessaria verifica circa la veridicità di quanto sopra dichiarato, esibendo la presente dichiarazione presso autorità pubbliche e private.

### Luogo e data

### Firma del dichiarante