

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:

Cognome	Nome	Grado di parentela	Data di nascita
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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
