



FONDO INTEGRATIVO SANITARIO AGRICOLO

Via Flavia, 3 – 00187 Roma – Tel. 06/47.82.48.58 – Fax 06/47.82.46.03 – Email: info@fondofisa.it – Sito Web: http://www.fondofisa.it

AUTOCERTIFICAZIONE DI STATO DI FAMIGLIA (ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto _____

Nato a _____ (luogo) _____ (provincia) il ____/____/____ (data) _____ (codice fiscale)

Consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 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 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

Che la propria famiglia abitante a _____ provincia (_____)

in via/piazza _____ è così composta:

1) _____ (COGNOME NOME) _____ (CODICE FISCALE)

_____ (LUOGO DI NASCITA) _____ (PR) ____/____/____ (IL) _____ (GRADO DI PARENTELA)

2) _____ (COGNOME NOME) _____ (CODICE FISCALE)

_____ (LUOGO DI NASCITA) _____ (PR) ____/____/____ (IL) _____ (GRADO DI PARENTELA)

3) _____ (COGNOME NOME) _____ (CODICE FISCALE)

_____ (LUOGO DI NASCITA) _____ (PR) ____/____/____ (IL) _____ (GRADO DI PARENTELA)

4) _____ (COGNOME NOME) _____ (CODICE FISCALE)

_____ (LUOGO DI NASCITA) _____ (PR) ____/____/____ (IL) _____ (GRADO DI PARENTELA)

5) _____ (COGNOME NOME) _____ (CODICE FISCALE)

_____ (LUOGO DI NASCITA) _____ (PR) ____/____/____ (IL) _____ (GRADO DI PARENTELA)

_____, li _____ FIRMA* _____

* la firma non deve essere autenticata e la sottoscrizione non deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato.

La presente dichiarazione ha validità per n. 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore, ha la stessa validità di essi.

La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 comma 1 D.P.R.445/2000).

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000.

N.B. Si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretta verifica della veridicità della documentazione prodotta, il FISA avrà sempre la facoltà di esercitare ogni controllo sull'autocertificazione inviata. Il rifiuto di presentare eventuale documentazione aggiuntiva o l'opposizione agli eventuali accertamenti decisi dal Fondo comportano la decadenza del diritto alle prestazioni.