

REGIONE ABRUZZO

A.S.L. 1 - Avezzano - Sulmona - L'Aquila

Distretto Sanitario - Area L'Aquila

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DI
STATO DI FAMIGLIA**

(Art. 45 e 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il / La sottoscritto / a _____
Nato / a _____ il _____
Residente in _____ Provincia _____ N.Tel. _____
Via _____ n° _____; Cod. Fisc. _____

Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiere (Art. 76 - D.P.R. n. 445/2000),

DICHIARA

CHE LA PROPRIA FAMIGLIA RISIEDA A _____
IN VIA _____ N. _____ RECAPITO TEL. _____

ed è così composta:

_____ nat _____ il _____ a _____
 _____ nat _____ il _____ a _____
 _____ nat _____ il _____ a _____
 _____ nat _____ il _____ a _____

L'Aquila, li _____

FIRMA _____

MEDICO SCELTO DR. _____

Da allegare: fotocopia del documento del dichiarante