



UNIONE EUROPEA



REPUBBLICA ITALIANA



REGIONE LIGURIA

All. 2

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE FAMILIARI CONVIVENTI

(D.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ residente a _____

Prov. (____) cap _____ in via _____ n° _____ in qualità

di _____ della società _____

indirizzo PEC _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

ai sensi del d.lgs n. 159/2011 e s.m.i., di avere i seguenti familiari conviventi di maggiore età e che risiedono nel territorio dello Stato:

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del d.lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data _____

firma per esteso e leggibile

Allegata copia fotostatica del documento di identità del sottoscrittore