

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
DELLO STATO DI FAMIGLIA  
(artt.45 e 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

IL/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

IL \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28/12/00 n. 445 in caso di Dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento Emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445; sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Che la famiglia convivente si compone di:


Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi dell'art.13 del D.L g s.n.196 del30 giugno 2003, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con Strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data

Firma

La presente dichiarazione sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato. In luogo dell'autenticazione della firma si allega copia fotostatica del documento di identità. La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art.41 D.P.R.445/2000); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi. Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art.38 D.P.R.445/2000). 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.

**Richiesta di pagamento delle prestazioni a sostegno del reddito - 1/2** ALL'UFFICIO INPS DI \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_  NOME \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_  NATO/A IL GG/MM/AAAA \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_  PROV. \_\_\_\_\_  STATO \_\_\_\_\_ RESIDENTE/DOMICILIATO IN \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_  STATO \_\_\_\_\_ INDIRIZZO \_\_\_\_\_  CAP \_\_\_\_\_ TELEFONO\* \_\_\_\_\_  CELLULARE\* \_\_\_\_\_ INDIRIZZO E-MAIL\* \_\_\_\_\_ Poiché ho richiesto la seguente prestazione:-----  
----- Chiedo il pagamento con:

- bonifico domiciliato presso Ufficio Postale (il pagamento in contanti è consentito solo entro il limite previsto dalla normativa vigente)
- conto corrente bancario o postale - Libretto postale - Carte di pagamento dotate di IBAN presso:

 BANCA/POSTA \_\_\_\_\_ AGENZIA N./FILIALE \_\_\_\_\_  INDIRIZZO \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  CITTÀ \_\_\_\_\_