


Casa di riposo
CA' ARNALDI

Via Fontana, 60
36025 Noventa Vicentina
Tel.0444 887868 – Fax 0444 787885
www.casariposocaarnaldi.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 D.P.R. 445/2000)

Io sottoscritto _____

Nato a _____ (_____) il _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

Consapevole delle sanzioni, anche penali, in cui può incorrere in caso di false dichiarazioni, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARO

- Di essere nato/a a _____
- Di essere residente a _____
- Di essere cittadino italiano (oppure) _____
- Di essere celibe, nubile, stato libero
- Di essere coniugato con _____
- Di essere vedovo di _____
- Di essere tuttora vivente _____
- Che il numero di codice fiscale / partita IVA è il seguente _____
- Che lo stato di famiglia è composto, oltre che da me, dalle seguenti persone:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Relazione di parentela
(1) _____	_____	_____	_____
(2) _____	_____	_____	_____
(3) _____	_____	_____	_____
(4) _____	_____	_____	_____

_____, li _____

Luogo e data

Firma per esteso del dichiarante

Il sottoscritto _____

nato a _____ il ____/____/____

residente a _____ in via _____ n. _____

tel. _____ codice fiscale n. _____

in qualità di _____ della persona interessata, faccio presente che le condizioni psicofisiche di tale persona sono tali da non consentire la sottoscrizione della presente dichiarazione sostitutiva, che pertanto presento per suo conto.

Noventa Vicentina, li ____/____/____

Firma _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 30 giugno 2003 n. 196: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo