

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA FAMILIARI CONVIVENTI

(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

l sottoscritt_ (nome e cognome) _____

nat_ a _____ Prov. _____ il _____ residente

a _____ via/piazza _____ n. _____

in qualità di _____

della società _____

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

Di aver preso visione del Regolamento del Fondo Sanitario Confcommercio, Articolo 2 “Diritto di iscrizione”.

E

di avere i seguenti familiari conviventi (scrivere in stampatello)

Rapporto di parentela: _____

Nome e cognome: _____

Luogo e data di nascita: _____

Codice Fiscale: _____

Rapporto di parentela: _____

Nome e cognome: _____

Luogo e data di nascita: _____

Codice Fiscale: _____

Rapporto di parentela: _____

Nome e cognome: _____

Luogo e data di nascita: _____

Codice Fiscale: _____

Data, _____ Firma dell'iscritto che effettua la richiesta _____

Consegnare copia firmata all'Associazione Confcommercio della Provincia.