



Conciliazione Vita-Lavoro



COMUNITA' MONTANA
VALSASSINA
VALVARRONE
VAL D'ESINO
E RIVIERA



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brianza

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA

(ai sensi dell'art. 46, lettera F, del D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____

in qualità di (*Madre/Padre*) di _____

DICHIARA

Che la propria famiglia Residente in _____

Via _____ n° _____

È così composta:

COGNOME E NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA

Conferisce il consenso al trattamento dei propri dati personali e/o sensibili ai sensi del D. Lgs. 196/03 e prende atto delle informazioni di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/03.

(luogo) _____,

In Fede

(data) _____

(Firma) _____