



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETÀ AI SENSI DEL D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____) il ____/____/____ Utente n. _____

residente in _____ Via/Piazza _____ n. _____ Tel. ____/____/____

in qualità di assegnatario, componente nucleo familiare occupante

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la Sua personale responsabilità

DICHIARA (Artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000)

la seguente composizione **anagrafica del proprio nucleo familiare e l'attività svolta nell'anno 2023**

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA NASCITA	RELAZIONE CON L'ASSEGNATARIO ASS=ASSEGNATARIO CO = CONIUGE FI = FIGLIO A=ALTRO	TIPO ATTIVITA' SVOLTA NEL 2023 (lavoro dipendente- pensionato-cassa integrato disoccupato- studente)	DATA FINE LAVORO o CESSAZIONE ATTIVITA'	INVALIDITA' 100% barrare la casella P = permanente R = rivedibile	<input type="checkbox"/> Trasferito dal <input type="checkbox"/> Deceduto il <input type="checkbox"/> Nuovo componente dalla data
					P <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	T- D -N / /
					P <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	T- D -N / /
					P <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	T- D -N / /
					P <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	T- D -N / /
					P <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	T- D -N / /
					P <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	T- D -N / /
					P <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	T- D -N / /

Dichiara, altresì, per sé e per gli altri componenti, la non titolarità di diritti di proprietà, usufrutto, uso e abitazione su di un alloggio adeguato alle esigenze del proprio nucleo familiare ai sensi dell'art. 2 lett. c, d, L.R. 96/1996 e s.m.i.

N.B.: barrare la casella INVALID.100% indicando la tipologia nel caso di componente invalido al 100% e allegare necessariamente la certificazione A.S.L. d'invalidità, in quanto tale stato non può essere sostituito dalla autocertificazione.

Dichiara, inoltre, di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali pubblicata sul sito web dell'ATER e affissa allo Sportello URP (si prega barrare la casella)

IL DICHIARANTE

Luogo e data _____, ____/____/____

_____ (firma per esteso)

In caso di spedizione a mezzo posta, e-mail o pec questo modello deve essere sottoscritto e inviato unitamente a fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.

In caso di dichiarante impossibilitato a firmare a causa di: _____

Funzionario addetto : Firma _____