F.I.L.COOP. SANITARIO
FONDO INTEGRATIVO SANITARIO DEI LAVORATORI DIPENDENTI DELLE COOPERATIVE E CONSORZI AGRICOLI, DEI CONSORZI AGRARI, DEL SETTORE IDRAULICO FORESTALE - AGRARIO, DELLE AZIENDE DI LAVORAZIONE DELLA FOGLIA DI TABACCO SECCO ALLO STATO SCIOLTO, DELLE AZIENDE E COOPERATIVE DI TRASFORMAZIONE DI PRODOTTI AGRICOLI, ZOOTECNICI E LAVORAZIONE PRODOTTI ALIMENTARI E DEGLI IMBARCATI SU NATANTI DI COOPERATIVE DI PESCA.
Via G.B. Morgagni, 33 – 00161 Roma – Tel. 06/47.82.50.83 – 06/47.82.48.58 – e-mail: info@filcoopsanitario.it – sito web: www.filcoopsanitario.it

AUTOCERTIFICAZIONE DI STATO DI FAMIGLIA
(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto _____ **C.F:** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nato a _____ (_____) **il** _____
(luogo) (provincia) (data)

Consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre , qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

Che la propria famiglia abitante a _____ provincia (____)

indirizzo _____ è così composta:

1) _____ **C.F:** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **(Intestatario Scheda)**
(cognome nome)

_____ _____ _____
(nato a) **(il)** **(stato civile)**

2) _____ **C.F:** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| _____
(cognome nome) **(grado di parentela)**

_____ _____ _____
(nato a) **(il)** **(stato civile)**

3) _____ **C.F:** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| _____
(cognome nome) **(grado di parentela)**

_____ _____ _____
(nato a) **(il)** **(stato civile)**

4) _____ **C.F:** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| _____
(cognome nome) **(grado di parentela)**

_____ _____ _____
(nato a) **(il)** **(stato civile)**

5) _____ **C.F:** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| _____
(cognome nome) **(grado di parentela)**

_____ _____ _____
(nato a) **(il)** **(stato civile)**

_____, lì _____ **FIRMA*** _____

* la firma non deve essere autenticata e la sottoscrizione non deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato.

La presente dichiarazione ha validità per n. 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore, ha la stessa validità di essi.
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.
N.B. Si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretta verifica della veridicità della documentazione prodotta, il F.I.L.COOP. Sanitario avrà sempre la facoltà di esercitare ogni controllo sull'autocertificazione inviata. Il rifiuto di presentare eventuale documentazione aggiuntiva o l'opposizione agli eventuali accertamenti decisi dal Fondo comportano la decadenza del diritto alle prestazioni.