



Societa' della Salute
della Zona Fiorentina Nord Ovest
Via Gramsci 561 - Sesto Fiorentino (FI)
(tel. 055 44981 - fax 055 4498223)

Polo Amministrativo di Sesto Fiorentino
Via Dante Alighieri, 8
50019 Sesto Fiorentino
tel. 055-4496734-fax 055 4496731

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DA PRESENTARE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O AI GESTORI DI PUBBLICI SERVIZI.

Il/la sottoscritto/a (cognome)----- (nome)-----

nato a-----il----- residente a-----(------)

in via-----cap. ----- tel. -----

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000
per i casi dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

**che nonostante il reddito zero dichiarato, la sua famiglia si
sostiene con i seguenti mezzi:**

Dichiaro di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della legge 675/96, i dati personali da me forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

luogo e data, -----

Il/la dichiarante _____
(firma per esteso e leggibile)

La firma in calce non deve essere autenticata

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.