

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI**  
**(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ e residente in Letojanni, Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali nel caso di false attestazioni, di  
formazione e uso di atti falsi, sotto la sua personale responsabilità (art. 76, DPR n. 445/2000).

**DICHIARA**

- Di essere residente nel Comune di Letojanni dal \_\_\_\_\_
- Di percepire la seguente indennità sociale (reddito di inclusione, pensione sociale, indennità di accompagnamento etc.) \_\_\_\_\_
- Di non percepire alcun intervento assistenziale
- Di non svolgere alcuna attività lavorativa
- Di aver svolto attività lavorativa in lavori socialmente utili (borsa lavoro) nei seguenti periodi:  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Dichiara altresì:

- Di essere in condizioni fisiche idonee a svolgere attività lavorative socialmente utili;

CHE nel proprio stato di famiglia: *(segnare le voci che interessano)*:

- Comparire soltanto il/la sottoscritto/a
- Comparire anche il proprio coniuge
- Compaiono n. \_\_\_\_\_ figli di età inferiore ad anni 18
- Compaiono n. \_\_\_\_\_ anziani di età superiore ad anni 65
- Compaiono n. \_\_\_\_\_ persone a carico con handicap in situazione di gravità

CHE il/la sottoscritto/a

- E' stato/a riconosciuto/a invalido/a con una percentuale del \_\_\_\_\_ %
- Ha i seguenti componenti il nucleo familiare riconosciuti invalidi:

\_\_\_\_\_ invalido al \_\_\_\_\_ %  
\_\_\_\_\_ invalido al \_\_\_\_\_ %  
\_\_\_\_\_ invalido al \_\_\_\_\_ %

- E' stato/a detenuto in istituti di pena negli ultimi 5 anni

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

- È vedovo/a
- È separato/a o divorziato/a.  
Indicare nome e cognome del coniuge e gli estremi dell'atto del Tribunale:

\_\_\_\_\_

- Ha la casa in locazione.  
Indicare gli estremi del contratto e di registrazione dello stesso:  
\_\_\_\_\_
- Beneficia dell'alloggio popolare.  
\_\_\_\_\_
- È madre nubile.  
Indicare le generalità e la data di nascita dei figli:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Ha subito uno sfratto divenuto esecutivo negli ultimi dodici mesi.  
Indicare gli estremi dell'atto giudiziario:  
\_\_\_\_\_
- Ha una grave malattia che comporta spese per cure mediche e/o ricoveri presso strutture sanitarie  
\_\_\_\_\_

**CHE i seguenti componenti del proprio nucleo familiare (risultante dallo stato di famiglia):**

- Sono attualmente detenuti in istituti di pena.  
Indicare chi e dove:  
\_\_\_\_\_
- Sono stati detenuti in istituti di pena negli ultimi cinque anni.  
Indicare chi, quando e dove:  
\_\_\_\_\_
- Sono di età inferiore a diciotto anni con a proprio carico provvedimenti del Tribunale dei minori.  
Indicare chi e quali provvedimenti:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Hanno una grave malattia che comporta spese per cure mediche e/o ricoveri presso strutture sanitarie  
\_\_\_\_\_

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lgs n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

*Firma*

\_\_\_\_\_

*La presente dichiarazione non necessita dell'autentica della firma (art. 46 DPR 445/2000) e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una Pubblica Amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera (Art.75 DPR 445/2000).*