

Allegato C)

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA  
(art. 46 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

Il/La sottoscritto/a (*cognome*) \_\_\_\_\_ (*nome*) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_

In qualità di beneficiario dell'istanza per assegno di cura/contributo di cura per persone affette da  
disabilità gravissima per conto di:

(*cognome*) \_\_\_\_\_ (*nome*) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n.  
445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, nonché della decadenza  
dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione, ai sensi dell'art. 75 del citato  
D.P.R.

DICHIARA

Che lo stato di famiglia del sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
Residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
alla data del \_\_\_\_\_ è il seguente:

nr.	Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto parentela
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_