



Azienda Territoriale per l'Edilizia Residenziale per la provincia di Pescara, Via Genova, 53 - 65122 PESCARA

Tel.085 294941(centralino) - fax 085 4212661 sito internet www.aterpescara.it e-mail protocollo@aterpescara.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETA' 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 i redditi percepiti** relativi all'anno **2015**

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA NASCITA	TIPO PARENTELA (CO = CONIUGE FI = FIGLIO A = ALTRO)	LAVORO DIPENDENTE E ASSIMILATI (indennità mobilità CIG, assegno mant. coniuge,)	PENSIONE	LAVORO AUTONOMO e/o IMPRESA	REDDITI DI TERRENI e/o FABBRICATI (indicare T per terreni ed F per fabbricati)	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 dal
								P <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	
								P <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	
								P <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	
								P <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	
								P <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	
								P <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	
								P <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	

Dichiara altresì per se 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 lettere c e lettera d della L.R.96 del 25/10/96 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 da autocertificazione.

IL DICHIARANTE

Luogo e data _____, ____/____/____

_____ (firma per esteso)

(L'apposizione della firma è valida anche ai sensi del D.Lgs 196/2003 per il consenso al trattamento dei dati personali)

1) In caso di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto .

2.) In caso di spedizione la stessa deve essere sottoscritta e inviata unitamente a fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore, a mezzo posta oppure via fax al n. **085/4212661**.

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

Funzionario addetto : Firma _____

