

AUTOCERTIFICAZIONE

Io sottoscritt... _____ **Codice Fiscale** _____

Dichiaro, sotto la mia responsabilità

- a) di essere residente a _____ Prov. _____ CAP _____
 Via _____ n. _____ Tel. _____
- b) di essere iscritt... all'ANSE dall'anno _____
- c) che il mio nucleo familiare si compone di

	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data	Rapporto con il dichiarante	Convivente	
					SI	NO
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

- d) che i redditi del nucleo familiare, riferiti dell'anno precedente alla richiesta di sussidio sono:

Redditi del	Dichiarante	Coniuge	Altri familiari
Assoggettabile all'IRPEF	_____	_____	_____
Esenti da IRPEF (es.: indennità di accompagnamento, rendita INAIL, pensioni di guerra, etc.)	_____	_____	_____

- e) che nel caso di spese mediche, ricoveri ospedalieri, protesi sanitarie, ho presentato richieste di rimborso a:

S.S.N. SI NO FISDE SI NO

N.B.: barrare l'ipotesi che ricorre.

Data _____	Firma _____
-------------------	--------------------

Io sottoscritt..... dichiaro di essere a conoscenza delle disposizioni contenute nel decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "codice in materia di protezione dei dati personali" ed esprime il consenso all'utilizzo dei propri dati personali esclusivamente per le finalità connesse all'attività ANSE.

Data _____ **Firma** _____