

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA (artt.46 e 47 DPR 28/12/2000 n. 445)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, indirizzo per le comunicazioni \_\_\_\_\_

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, così come disposto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. citato,

DICHIARA

- di avere residenza stabile nel territorio della Regione Calabria;
- di svolgere attività di studio o di lavoro presso \_\_\_\_\_, con sede in \_\_\_\_\_;
- di appartenere ad un nucleo familiare con reddito ISEE pari ad € \_\_\_\_\_;
- di appartenere ad un nucleo familiare così composto (compilare con i dati di tutti i componenti presenti):

padre: \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_;

madre: \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_;

figlio: \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_;

figlio: \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_;

figlio: \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_;

figlio: \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_;

altri componenti: \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_;

- che tra i componenti del proprio nucleo familiare i seguenti risultano affetti da disabilità accertata (compilare solo se presenti ed anche ove si tratti del soggetto che presenta la domanda) \_\_\_\_\_;
- che tra i componenti del proprio nucleo familiare i seguenti risultano affetti da disabilità grave accertata (compilare solo se presenti ed anche ove si tratti del soggetto che presenta la domanda): \_\_\_\_\_;
- che tra i componenti del proprio nucleo familiare le seguenti risultano in stato di gravidanza accertata (compilare solo se presenti): \_\_\_\_\_
- che tra i componenti del proprio nucleo familiare i seguenti risultano essere non autosufficienti (compilare solo se presenti): \_\_\_\_\_
- che tra i componenti del proprio nucleo familiare i seguenti risultano trovarsi in stato di disoccupazione dichiarato ai sensi dell'art. 19 D.lgs. 150/2015 (compilare solo se presenti) \_\_\_\_\_
- che tutto ciò che è stato dichiarato nella domanda di partecipazione a cui la presente è allegata risponde al vero.

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

firma del dichiarante\*  
\_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere informato, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

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

firma del dichiarante\*  
\_\_\_\_\_

\*(firma resa autentica con l'allegazione di copia di documento di identità)