



AUTOCERTIFICAZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

Io sottoscritto/a* _____ * ☐ M ☐ F
nato/a il * _____ a* _____ prov.* _____
residente in via/piazza* _____
n.* _____ CAP* _____ comune* _____
prov.* _____ domiciliato/a in via/piazza* _____ n. _____
CAP _____ comune _____ prov. _____
codice fiscale* _____ nazionalità* _____
tipo documento di identità allegato * _____ n.* _____
azienda e/o luogo di lavoro _____ professione _____
e-mail personale* _____ cellulare* _____ telefono _____

Inoltre, DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

consapevole delle conseguenze, anche legali art. 482 e 486 C.P. e che comunque potrebbero inficiare il diritto ai sussidi in caso di dichiarazione mendace, che il proprio nucleo familiare avente diritto è così composto:

Grado parentela (1)	Nominativo familiare	Data di nascita	Luogo di nascita/provincia	Carico fiscale (2)	Firma del familiare (3)
Codice Fiscale		Professione			
Codice Fiscale		Professione			
Codice Fiscale		Professione			
Codice Fiscale		Professione			
Codice Fiscale		Professione			

Luogo e data* _____ Firma* _____



SERAPHIS

Società di Mutuo Soccorso

(1) Specificare se coniuge, convivente legato da vincolo affettivo, figlio/a. In caso di convivente legato da vincolo affettivo, allegare compilato in ogni parte il Mod DC/2021

(2) Indicare se a carico fiscale del socio (SI/NO)

(3) Con la firma il familiare intende accordato il proprio consenso al trattamento dei dati personali, così come sopra specificato. Per i figli minorenni non occorre la firma degli interessati, il consenso è espresso con la firma del socio

Delega

Delego i singoli componenti del mio nucleo familiare a presentare, in mio nome e per mio conto, le richieste di sussidio e la relativa documentazione richiesta, alla Società nazionale di mutuo soccorso Cesare Pozzo ETS, secondo le modalità previste dalle norme sociali in vigore.
