Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto
AZIENDA ULSS N. 8 BERICA
Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA
COD. REGIONE 050–COD. U.L.SS.508 COD.FISC. E P.IVA 02441500242–Cod. iPA AUV
Tel. 0444 753111 - Fax 0444 753809 Mail protocollo@aulss8.veneto.it
PEC protocollo.centrale.aulss8@pecveneto.it
www.aulss8.veneto.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 – D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445)

Il/la sottoscritta/a _____
(Cognome e Nome)

Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000

DICHIARA

Di essere nato/a _____ il |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
(Comune italiano o Stato Estero di Nascita)

cod.fis. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Di essere cittadino/a _____
(Indicare cittadinanza di uno stato membro dell'Unione Europea o dello Spazio Economico Europeo)

Di essere residente a _____in via _____ n. |__|__|__|__|__|__|

Di essere domiciliata a _____in via _____ n. |__|__|__|__|__|__|

Di essere in possesso di Permesso di soggiorno rilasciato per la seguente motivazione _____

rilasciato dalla Questura di _____ ☐ con scadenza al |__|__||__|__||__|__|__|__| ☐ a tempo indeterminato

Di essere in possesso della ricevuta di presentazione di domanda di Permesso di soggiorno che verrà rilasciato per la seguente motivazione _____

Di essere lavoratore dipendente presso: _____ con contratto di lavoro:

☐ a tempo indeterminato ☐ a tempo determinato con scadenza al |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Di essere lavoratore autonomo: categoria _____ P.Iva n. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

☐ Iscritto alla Camera di Commercio di _____ ☐ Iscritto all'Albo professionale _____

Di essere titolare di pensione:

☐ erogata da Ente previdenziale Italiano ☐ erogata da istituzione estera
precisare Paese o Istituzione _____

Di essere coniugato con _____
(Cognome e Nome)

nato/a a _____ il |__|__| |__|__| |__|__|__|__| cittadino/a _____

Di convivere con i seguenti familiari:

cognome	nome	data di nascita	grado di parentela	a carico Sì/No
_____	_____	|__|__| |__|__| |__|__|__|__|	_____	_____
_____	_____	|__|__| |__|__| |__|__|__|__|	_____	_____
_____	_____	|__|__| |__|__| !__|__|__|__|	_____	_____
_____	_____	|__|__| |__|__| |__|__|__|__|	_____	_____
_____	_____	|__|__| |__|__| |__|__|__|__|	_____	_____
_____	_____	|__|__| |__|__|| |__|__|__|__|	_____	_____

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Data _____ _____
firma