

DICHIARAZIONE

Il/la sottoscritto/a
nato/a il abitante in
c.a.p. città Prov.
consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge derivanti da false attestazioni, dichiara sotto la propria personale responsabilità civile e penale ed ai fini del percepimento delle prestazioni economiche previste dallo Statuto-Regolamento del F.A.I.T., che i componenti il proprio nucleo familiare, costituito come da certificato di stato di famiglia allegato, sono a lui legati dai seguenti vincoli di parentela:

| Cognome e Nome | Parentela | Data di nascita |
|-----------------------|------------------|------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE)2016/679, ad effettuare ogni necessaria verifica circa la veridicità di quanto sopra dichiarato.

L'interessato/a

.....

Estremi e copia di un documento di identità

.....

NOTA BENE: Si precisa che in caso di mancato consenso, il F.A.I.T. sarà impossibilitato ad effettuare ogni necessaria verifica riservandosi quindi, la possibilità di rimborsare le spese.