

**ALLEGATO ALL'ISTANZA DI ANTICIPAZIONE BUONUSCITA PER MOTIVI
SANITARI**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO
Art. 46 e 47 DPR 28.12.2000 n. 445**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a
_____ (_____) il _____, residente a
_____ (_____) in via _____ c.a.p. _____
telefono _____

(consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445):

DICHIARA

che i familiari fiscalmente a carico sono:

di avere in corso cessione del V° con istituti finanziari _____

ai sensi dell'art. 45 della L.R. 10/99, di cui si allega certificazione relativa al debito residuo

di avere in corso cessione del V° con il Fondo Pensioni

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del REGOLAMENTO (UE) 2016/679 "relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati), 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 per esteso)

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione