



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
Regione Basilicata
ASM MATERA

MOD. 02 A

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLA
CERTIFICAZIONE DI STATO DI FAMIGLIA**

(Art. 46 - lettera a - D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (prov. _____)

il _____ e residente a _____ (prov. _____)

in Via/piazza _____ n. _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000.

DICHIARA

Che la famiglia si compone di :

Il/La Dichiarante

	Cognome e nome	nato a	nato il	parentela
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____	_____

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28.12.2000, n. 455

Luogo e data

firma del dichiarante (per esteso leggibile)

* La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato.