SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE VENETO
AZIENDA U.L.SS. N. 4 "ALTO VICENTINO"
Via Rasa n. 9 - 36016 THIENE – Tel. 0445/389111 - Fax 0445/370457
Codice U.L.SS. 050/004 - c.f. e p.i. 00913490249

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 2, L. 04.01.1968 n. 15; Art. 1 D.P.R. 20.10.1998 n. 403 e Artt. 46 e 47 D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a: _____
Cognome e Nome

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace o comunque non corrispondente al vero, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA
di essere/che

☐ **nato/a a** _____ **il** |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

☐ **cittadino/a** _____ **facente parte dell'Unione Europea**

☐ **cittadino/a** _____ **extracomunitaria**

☐ **residente a** _____ **Via**_____ **n°** |__|__|

☐ **domiciliato/a a** _____ **Via**_____ **n°** |__|__|

☐ **in possesso della tessera sanitaria** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **in corso di validità rilasciata dall'Azienda U.L.SS. N.** |__|__|:
☐ **con validità illimitata** ☐ **con scadenza al** |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

☐ **lavoratore dipendente presso:** _____
con contratto di lavoro:
☐ **a tempo indeterminato** ☐ **a tempo determinato con scadenza al** |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

☐ **lavoratore autonomo: categoria** _____

☐ **pensionato** _____ **con pensione:**
☐ **a carico di Ente previdenziale Italiano** ☐ **a carico di istituzione estera**
precisare Paese _____

☐ **disoccupato** (ai sensi dell'art. 2, D.Lgs 21.04.2000 n. 181)

☐ **coniugato con** _____
Cognome e Nome
nato/a a _____ **il** |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
cittadino/a _____

☐ **il/i figlio/a/i** _____
Cognome e Nome
nato/a/i a _____ **il** |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
cittadino/a/i _____

☐ **la famiglia convivente si compone di:**

Cognome e Nome	data e luogo di nascita	Codice Fiscale	Grado di parentela

DATA: |__|__| |__|__| |__|__|__|__| **FIRMA DEL DICHIARANTE**: _____