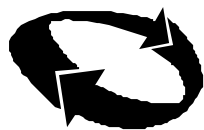




Istituto Nazionale  
Previdenza Sociale



# Autocertificazione

( ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 )

**Io sottoscritto/a**

Cognome		
Nome		
Codice fiscale		

**DICHIARO**

**di essere nato/a**

il	(gg/mm/aaaa)		
a			Prov.
Stato			

**di essere residente in**

Residenza	Città		Prov.	
	Stato			
	Via/Piazza			
	C.A.P.		Numero Telefonico	
	E-mail			

**di essere**

<input type="checkbox"/> Cittadino italiano	<input type="checkbox"/> dello Stato estero .....
---	---

**di essere**

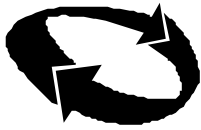
Celibe o nubile	
Coniugato con _____	Dal _____
Separato/a	Dal _____
Divorziato/a	Dal _____
Vedovo/a di _____	Dal _____

**di essere**

<input type="checkbox"/> Casalinga
------------------------------------

**di essere**

<input type="checkbox"/> iscritto/a nelle <i>liste dei disoccupati</i> presso la _____	Dal _____
<input type="checkbox"/> iscritto/a nelle <i>liste di collocamento obbligatorio</i> presso la Direzione provinciale del lavoro di _____	In qualità di ( <i>invalido/a, orfano/a, profugo/a, ecc</i> ) _____



## Autocertificazione

*di non avere riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziario ai sensi della vigente normativa*

*di non trovarmi in stato di liquidazione o fallimento e di non aver presentato domanda di concordato*

*di essere in regola con gli **obblighi contributivi** e di aver corrisposto l'ammontare di € \_\_\_\_\_*

*di*

non avere redditi a qualunque titolo						
avere percepito i seguenti redditi	Anno ____	€ _____	Anno ____	€ _____	Anno ____	€ _____
	Anno ____	€ _____	Anno ____	€ _____	Anno ____	€ _____

*di essere titolare di **pensione** \_\_\_\_\_ -*

*di aver prestato **servizio militare** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_*

*di rivestire la qualifica di **ex combattente o assimilato***

*di essere iscritto nei seguenti **Albi o Elenchi** tenuti dalla Pubblica Amministrazione*

---

*di essere iscritto al seguente **Ordine professionale***

---

*di avere la seguente **qualifica professionale/tecnica***

---

*di essere studente*

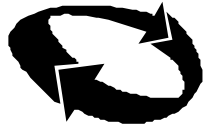
di avere sostenuto i seguenti esami:			

*di avere il **titolo di studio** di*

---

*che la **famiglia**, oltre al sottoscritto, si compone di*

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela	Convivente		% di invalidità
				Si	No	



## Autocertificazione

di essere **legalmente rappresentante / tutore / curatore di**

che il sig./la sig.ra

Cognome			
Nome			
Rapporto di parentela <small>(padre, coniuge, figlio, ecc)</small>			

è

Nato/a il	<small>(giorno/mese/anno)</small>			
a			Prov.	
Morto il	<small>(giorno/mese/anno)</small>			

di godere dei diritti civili e politici

di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

di vivere a carico di

di possedere il seguente codice fiscale

di possedere il seguente numero di partita iva

di essere iscritto presso la seguente Associazione / formazione sociale

di essere a conoscenza del seguente dato contenuto nel registro dello stato civile

**N.B. L'indicazione dei dati anagrafici e la sottoscrizione sostituiscono la certificazione di esistenza in vita di chi fa la dichiarazione**

**Chi dichiara il falso decade dai benefici ottenuti e incorre nelle sanzioni penali previste per le false dichiarazioni ( artt. 75, 76 del D.P.R. 445/2000 )**

Luogo e data

Firma del dichiarante

, li