**Distretto Socio-Sanitario RM 5/6**

**SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETA'**

**(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1 e ss.mm.ii.))**

**AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA**
(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a (*cognome)*_____ (*nome)* _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

In qualità di:

☐ Beneficiario del sostegno economico per famiglie con minori nello spettro autistico fino al dodicesimo anno di età;

☐ Genitore;

☐ Tutore/Amministratore di sostegno;

**(COMPILARE SOLO SE L'ALLEGATO E' PRESENTATO DA PERSONA DIVERSA DAL BENEFICIARIO)**

**richiedente per conto di:**

(*cognome)*_____ (*nome)* _____

nato a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D. Lgs. n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.

DICHIARA

che lo stato di famiglia del sig. / della sig.ra _____

residente in Via/Piazza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____

è il seguente:

| **Cognome e nome** | **Luogo di nascita** | **Data di nascita** | **Rapporto di parentela** |
|---|---|---|---|
| | | | |

Firma

Luogo e data, _____ _____