CASSA+
CASSA INTEGRATIVA FNM

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(ai sensi e per gli effetti dell'Art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Io sottoscritto/a .....…… …… CID ….....……

nato/a a .....……..……..…… (……..) il …..../……/…..….

Residente a ……..…… via ……..……..……..… n ….

consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000,

D I CH I A R O

che la copia allegata di

☐ Modello 730 redditi ____ prima pagina Sezioni "CONTRIBUENTE" e "FAMILIARI A CARICO".

☐ Modello Unico redditi ____ - Frontespizio Sezioni "DATI DEL CONTRIBUENTE" e "FAMILIARI A CARICO".

è conforme all'originale in mio possesso.

Letto confermato e sottoscritto

……..	……..	……
(Luogo)	Data	(il/la dichiarante)

Dichiaro, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196 del 30.6.2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti elettronici, esclusivamente nell'ambito e per le finalità per cui la presente dichiarazione viene rilasciata. Dichiaro inoltre di essere a conoscenza delle conseguenze di cui agli art. 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 concernenti le dichiarazioni non veritiere e la falsità negli atti. Letto confermato e sottoscritto

……..	……..	……
(Luogo)	Data	(il/la dichiarante)

Sottoscrizione resa allegando fotocopia documento di identità N. ……..……
rilasciato da …… il ……

TIMBRO E FIRMA
a cura della Cassa Integrativa FNM

Cassa Integrativa FNM
Sede Legale: 20123 Milano
Piazzale Luigi Cadorna, 14
Codice Fiscale n. 80031150156

Telefono 02.85114700
www.cassaintegrativafnm.it
e-mail cassaintegrativafnm@cassaintegrativafnm.it