

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

residente in _____ (____) via/piazza _____ n. ____

documento di identità: tipo _____

n° _____,

rilasciato da _____ il ____ / ____ / ____

consapevole che, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma o utilizza atti falsi è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

(barrare e compilare in corrispondenza dell'autocertificazione che si intende rilasciare)

STATO DI DISOCCUPAZIONE

nella sua qualità di Aderente della polizza numero _____, il proprio stato di disoccupazione. Infatti, avendo cessato l'attività lavorativa (di tipo subordinato o autonomo) a far data dal ____ / ____ / ____, in data ____ / ____ / ____ ha presentato al Centro territoriale per l'impiego del Comune di _____ (____) la dichiarazione di immediata disponibilità al lavoro.

Il/La sottoscritto/a **autorizza**, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, Alleanza Assicurazioni S.p.A. che riceve questa autocertificazione a verificare le informazioni in essa contenute, rivolgendosi alle Amministrazioni competenti.

Si allega copia fronte-retro del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale.

_____/_____/_____
(luogo) (data)

Il/La dichiarante

(Firma)



STATO DI FAMIGLIA

Nella sua qualità di Aderente della polizza numero _____ che la propria famiglia è così composta:

<i>nr.</i>	<i>Cognome e Nome</i>	<i>Luogo di nascita</i>	<i>Data nascita</i>	<i>Rapporto di parentela</i>
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Il/La sottoscritto/a **autorizza**, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, Alleanza Assicurazioni S.p.A. che riceve questa autocertificazione a verificare le informazioni in essa contenute, rivolgendosi alle Amministrazioni competenti.

Si allega copia fronte-retro del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale.

_____, ____ / ____ / ____
(luogo) (data)

Il/La dichiarante

(Firma)