

Allegato 11/B

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DELLA SITUAZIONE
ECONOMICO-PATRIMONIALE, FISCALE E REDDITUALE
(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 N. 445)**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Cognome e Nome

Il _____ recapito telefonico _____

residente in _____ Via _____ n.

In qualità di:

☐ trasgressore;

☐ obbligato in solido (titolare/rappresentante legale della Ditta
_____ con sede legale in
_____ Via _____

n. civico _____)

Valendosi delle disposizioni di cui all'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, consapevole della decadenza dai benefici eventualmente concessi sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del medesimo D.P.R. e delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci;

Consapevole, altresì, che sulle dichiarazioni fornite verranno effettuati idonei controlli anche successivamente alla eventuale ammissione ai benefici concessi,

D I C H I A R A

Sotto la propria responsabilità:

SITUAZIONE ECONOMICO-PATRIMONIALE

- Che la propria situazione economico-patrimoniale è la seguente :

- Che non sussistono titolarità di diritti di proprietà, usufrutto, uso ed abitazione su fabbricati, terreni edificabili, terreni agricoli;
- Che sussistono n. _____ titolarità di diritti di proprietà, usufrutto, uso ed abitazione su fabbricati, terreni edificabili, terreni agricoli e/o immobili;

SITUAZIONE FISCALE

- Di _____ essere _____ fiscalmente _____ a _____ carico di _____
- Che fiscalmente risultano a proprio carico i seguenti soggetti:

Nominativo	C.F.	Luogo, data di nascita	Grado di parentela	Professione

- Che il C.F. è il seguente _____
- Che il numero della P. IVA è il seguente _____

SITUAZIONE REDDITUALE

- Che l'ammontare del proprio reddito complessivo nell'anno _____ è stato di € _____ (ultima dichiarazione dei redditi)

*Le informazioni sul trattamento eseguito dal Titolare ASL 5 nei confronti dei dati personali dell'Interessato sono presenti in forma completa e trasparente nell'**Informativa Generale**, sempre disponibile alla pagina web <http://www.asl5.liguria.it/Portals/0/Privacy/InformativaGenerale.pdf>, informazioni rese in applicazione degli artt. 13 e 14 del Reg. (UE) sulla protezione dei dati n. 2016/679 che qui devono intendersi integralmente richiamate e applicabili. I dati personali dell'interessato sono raccolti ed utilizzati esclusivamente per le finalità del presente procedimento e sono un requisito necessario per la sua conclusione.*

La mancata comunicazione dei dati personali non ne consente la conclusione.

Luogo e data _____

F I R M A

La firma apposta in calce alle dichiarazioni sopra indicate non è più soggetta all'autenticazione. Se la dichiarazione non viene sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, occorre allegare copia di un documento di identità in corso di validità.

Si allega fotocopia del documento _____ rilasciato da _____ n. _____ in data _____