

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p>	<h2 style="margin: 0;">Autocertificazione</h2>	<p>Data Allegato 04 Rev. nn Pag. 1/1</p>
<h3 style="margin: 0;">DSM-DP</h3>		

AUTOCERTIFICAZIONE

(Dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. del 28.12.2000 n° 445)

Il/la sottoscritta Cognome).....(Nome).....
 Nato/a a.....Prov.....il.....
 Residente a.....Prov.....
 Via.....n.....
 Tel.....Codice fiscale.....

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 e che, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguiti con il provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, fatte salve le ulteriori sanzioni previste dalle leggi speciali in materia (art. 75 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

di aver percepito redditi o pensioni, fiscalmente imponibili ai fini IRPEF, erogati in conseguenza dello status giuridico di disabile o di persona svantaggiata con un **reddito imponibile presunto lordo** nel corso dell'anno _____ pari a € _____

di aver svolto lavoro dipendente con un **reddito imponibile presunto lordo** nel corso dell'anno _____ pari a € _____

di aver svolto lavoro autonomo con un **reddito imponibile presunto lordo** nel corso dell'anno _____ pari a € _____

Reddito imponibile complessivo lordo (totale delle voci precedenti)

Pari a € _____

.....li...

.Firma del Tirocinante o di chi esercita la tutela legale

.....

Preso atto dell'informativa resa ai sensi del D.Lgs.196/2003, presto il mio consenso al trattamento dei dati personali per le finalità e con le modalità indicate nell'informativa stessa.

.....li.....Firma del del Tirocinante o di chi esercita la tutela legale

.....