



FONDO  
ASSISTENZA  
SANITARIA  
DIRIGENTI  
AZIENDE  
COMMERCIALI

## AUTODICHIARAZIONE DI GENITORIALITA'

Il/la sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Pr. \_\_\_ il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

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 dicembre 2000.

### DICHIARA

che (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

CONIUGE / CONVIVENTE MORE UXORIO (barrare una delle due opzioni) è genitore dei seguenti figli, entro il terzo anno di età, presenti nel nucleo familiare:

NOME E COGNOME	DATA NASCITA	CODICE FISCALE

### DICHIARA

altresì di autorizzare il Fasdac ad effettuare ogni necessaria verifica circa la veridicità di quanto sopra dichiarato, esibendo la presente dichiarazione presso i competenti organi della pubblica amministrazione o a privati (art. 71, comma 4, D.P.R. 445/2000).

Luogo e data

Firma dell'iscritto

-----

-----

N.B.

1. Il beneficio decorrerà dalla data in cui FASDAC avrà elaborato l'autodichiarazione e aggiornato i propri sistemi.
2. Il presente modulo deve essere compilato esclusivamente dai non iscritti Manageritalia. Per tutti gli iscritti, l'autodichiarazione va resa tramite l'Area Riservata My Manageritalia.