

**AUTOCERTIFICAZIONE PER L'AMMISSIONE ALL'INDENNITÀ DI MALATTIA
(REGOLAMENTO BENEFICI ASSISTENZIALI, PARTE IV)**

Il/La sottoscritto/a Perito Industriale
nato/a a Prov il/...../.....
residente a Prov.
Via/Piazza n. CAP
Telefono Codice Fiscale

DICHIARA¹

- di essere titolare di altro trattamento pensionistico obbligatorio
- di non essere titolare di altro trattamento pensionistico obbligatorio
- di essere titolare di assegno di invalidità civile
- di non essere titolare di assegno di invalidità civile
- di essere titolare di assegno di accompagnamento ex legge 18/80
- di non essere titolare di assegno di accompagnamento ex legge 18/80
- di essere lavoratore dipendente
- di non essere lavoratore dipendente
- di avere una polizza sanitaria o assicurativa a copertura dell'evento per il quale è stato richiesto il sussidio
- di non avere una polizza sanitaria o assicurativa a copertura dell'evento per il quale è stato richiesto il sussidio

Il sottoscritto si impegna, inoltre, a comunicare all'Ente qualsiasi variazione intervenuta rispetto a quanto sopra dichiarato entro e non oltre 15 giorni dal suo verificarsi.

Data Firma

Letta l'informativa ex D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, il/la sottoscritto/a rende tutte le dichiarazioni contenute nella presente istanza consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti e della decadenza dei benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere (artt. 75 e 76 del DPR 445/2000).

Data Firma

Il titolare del trattamento, in ossequio al D.Lgs. 196/03, ha provveduto all'adeguamento Privacy. Il/la sottoscritto/a, reso/a edotto/a sul trattamento dei dati personali, anche sensibili, attraverso la somministrazione dei dati dell'informativa, ha espresso il proprio consenso al trattamento.

Data Firma

N.B. Per la validità dell'autocertificazione è necessario allegare copia di un documento d'identità valido.

¹ Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/00. Barrare solo le caselle corrispondenti alla propria situazione.