# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E/O DI ATTO DI NOTORIETÀ

*(artt. 46, 47, 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)*

## AUTOCERTIFICAZIONE DI STATO DI FAMIGLIA STORICO
## CON INDICAZIONE DELLO STATO CIVILE STORICO E DEL LEGAME DI PARENTELA

Il/La sottoscritto/a _____,

residente in _____ prov. _____,

all'indirizzo _____,

codice fiscale _____,

consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, consapevole altresì della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere ai sensi dell'art. 75 del medesimo D.P.R.,

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITÀ CHE**

- il proprio stato civile è: _____ a far data dal _____
- il proprio stato di famiglia risulta composto, oltre che dal dichiarante, dalle seguenti persone (*è necessario indicare la composizione della famiglia anagrafica alla data di compilazione della dichiarazione)*:

Cognome _____ Nome _____
Legame parentela _____ Data di nascita _____
Luogo di nascita _____ prov. _____
Data Inizio convivenza _____ Data Fine convivenza _____
Stato civile _____ a far data dal _____

Cognome _____ Nome _____
Legame parentela _____ Data di nascita _____
Luogo di nascita _____ prov. _____
Data Inizio convivenza _____ Data Fine convivenza _____
Stato civile _____ a far data dal _____

Cognome _____ Nome _____
Legame parentela _____ Data di nascita _____
Luogo di nascita _____ prov. _____
Data Inizio convivenza _____ Data Fine convivenza _____
Stato civile _____ a far data dal _____

Cognome _____ Nome _____
Legame parentela _____ Data di nascita _____
Luogo di nascita _____ prov. _____
Data Inizio convivenza _____ Data Fine convivenza _____
Stato civile _____ a far data dal _____

- la situazione STORICA del proprio stato di famiglia:
  ☐ Non ha registrato variazioni negli ultimi 5 anni
  oppure
  ☐ Ha registrato le seguenti variazioni negli ultimi 5 anni (*è necessario indicare tutti i movimenti intervenuti*):

| Cognome e nome | Data nascita | Legame parentela | Stato civile | | Convivenza | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Stato civile | A far data dal | Inizio | Fine |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA INOLTRE:**

- che i dati sopra riportati corrispondono a quanto a sua diretta conoscenza (ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000) e a quanto risultante dagli atti e dalle risultanze anagrafiche e di stato civile riferite al periodo indicato;
- di essere a conoscenza che il Fondo Sanitario è autorizzato a effettuare controlli ai sensi degli artt. 43, 71 e seguenti del D.P.R. n. 445/2000;
- di essere a conoscenza che in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, (art. 76 D.P.R.445/2000) verranno applicate le sanzioni penali previste dagli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale e che ne conseguirà la decadenza dall'ammissione alle prestazioni del Fondo Sanitario ottenute sulla base della dichiarazione non veritiera. Saranno inoltre applicabili le sanzioni previste dagli artt.7 e 12 dello Statuto del Fondo Sanitario;
- di autorizzare il Fondo Sanitario al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione, trattamento che a norma del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) potrà avvenire solo per i fini propri del Fondo stesso e nei limiti di legge (informativa privacy completa disponibile sul sito web https://www.fondosanitariointegrativogruppointesasanpaolo.it);
- di essere stato autorizzato, laddove necessario, a fornire i dati personali di terzi, sopra riportati.

**DICHIARAZIONE FINALE**

*Il/La sottoscritto/a dichiara di aver letto integralmente il presente modulo, di confermare la veridicità di tutto quanto sopra esposto e di assumersene piena responsabilità ai sensi di legge.*

Luogo e data

_____

Firma leggibile del/della dichiarante

_____

**NOTE PER LA COMPILAZIONE**

Se le righe non sono sufficienti, allegare un prospetto integrativo sottoscritto e richiamato espressamente nel presente modulo.

La situazione storica attesta situazioni anagrafiche pregresse, certifica la composizione della famiglia dall'iscrizione alla cancellazione dall'anagrafe della popolazione residente e lo stato civile storico di tutti i componenti del nucleo familiare; in pratica, attraverso l'autocertificazione della situazione storica, il dichiarante attesta i componenti residenti (come tali registrati in anagrafe) in un determinato posto (indirizzo) ad una certa data del passato ed il loro stato civile.

Esempio di compilazione:

- la situazione STORICA del proprio stato di famiglia:
  - ☐ Non ha registrato variazioni negli ultimi 5 anni
    oppure
  - ☒ Ha registrato le seguenti variazioni negli ultimi 5 anni (*è necessario indicare tutti i movimenti intervenuti*):

| Cognome e nome | Data nascita | Legame parentela | Stato civile | | Convivenza | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Stato civile | A far data dal | Inizio | Fine |
| Cognome Nome | 05/01/2000 | Figlio | Coniugato | 01/08/2025 | 05/01/2000 | 01/08/2025 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |