

AUTOCERTIFICAZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE



MUTUA.
CESARE POZZO
La tua salute dal 1877

SOCIETÀ NAZIONALE DI MUTUO
SOCCORSO CESARE POZZO ETS
VIA SAN GREGORIO, 48 - 20124 MILANO
WWW.MUTUAACESAREPOZZO.ORG
C.F. 80074030158
ALBO SOCIETÀ COOPERATIVE N° C100040

Io sottoscritto/a* _____ * M F
nato/a il * _____ a* _____ prov.* _____
residente in via/piazza* _____ n.* _____
CAP* _____ comune* _____ prov.* _____
domiciliato/a in via/piazza* _____ n. _____
CAP _____ comune _____ prov. _____
codice fiscale* _____ nazionalità* _____
tipo documento di identità allegato * _____ n.* _____
azienda e/o luogo di lavoro _____ professione _____
e-mail personale* _____ cellulare* _____ telefono _____

Inoltre DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

e consapevole delle conseguenze, anche legali art. 482 e 486 C.P. e che comunque potrebbero incidere il diritto ai sussidi in caso di dichiarazione mendace, che il proprio nucleo familiare avente diritto di cui all'articolo 2.1 del Regolamento della Società è così composto:

Grado parentela (1)	Nominativo familiare	Data di nascita	Luogo di nascita/provincia	Carico fiscale (2)	Firma del familiare (3)
Codice Fiscale		Professione			
Codice Fiscale		Professione			
Codice Fiscale		Professione			
Codice Fiscale		Professione			
Codice Fiscale		Professione			
Codice Fiscale		Professione			
Codice Fiscale		Professione			
Codice Fiscale		Professione			
Codice Fiscale		Professione			
Codice Fiscale		Professione			
Codice Fiscale		Professione			

Luogo e data* _____ Firma* _____

Delega

Delego i singoli componenti del mio nucleo familiare a presentare, in mio nome e per mio conto, le richieste di sussidio e la relativa documentazione richiesta, alla Società nazionale di mutuo soccorso Cesare Pozzo ETS, secondo le modalità previste dalle norme sociali in vigore.

Luogo e data* _____ Firma* _____

NOTA

Al fine della validità del presente documento, è **necessario**:

- compilare tutti i campi contrassegnati con un asterisco (*);
- compilare i campi dedicati al domicilio solo se diverso dalla residenza.

- (1) Specificare se coniuge, convivente legato da vincolo affettivo, figlio/a, genitori, figlio/a del coniuge. In caso di convivente legato da vincolo affettivo, allegare compilato in ogni parte il Mod DC/2021
- (2) Indicare se a carico fiscale del socio (SI/NO)
- (3) Con la firma il familiare intende accordato il proprio consenso al trattamento dei dati personali, così come sopra specificato. Per i figli minorenni non occorre la firma degli interessati, il consenso è espresso con la firma del socio

SPAZIO PER PROTOCOLLO