# DICHIARAZIONE ESIGENZE DI FAMIGLIA

Il/la sottoscritt\_ il

nat\_ a

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 DPR n. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

sotto la propria responsabilità ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 così come modificato e integrato dall'art. 15 della legge 16 gennaio 2003 n.3 e dall'art.15 comma 1 della legge 183/2011 :

# [] Ricongiungimento ai genitori o ai figli per i non coniugati

di essere e di essere figli d (celibe, nubile)

di essere genitore di

residente nel Comune di ( prov. )

via/piazza n° dal (decorrenza dell'iscrizione anagrafica)

con cui intende ricongiungersi

================================================================================

# [] Ricongiungimento al coniuge o all'unito civilmente

di essere coniugat /unit\_ civilmente con

residente nel Comune di ( prov. )

via/piazza n° dal (decorrenza dell'iscrizione anagrafica)

con cui intende ricongiungersi.

================================================================================

# [] Documentazione dell'esistenza dei figli

di essere genitore dei seguenti figli residenti nel Comune

di ( prov. )

 nat . il

 nat . il

 nat . il

 nat . Il

maggiorenne affetto da infermità o difetto fisico o mentale causa di inidoneità permanente ed assoluta a proficuo lavoro

================================================================================

# [] Ricongiungimento ai genitori o ai figli in caso di separazione o divorzio

di essere divorziat . con sentenza del Tribunale di

in data

di essere separat . consensualmente o legalmente con atto del Tribunale di

 in data

================================================================================

# [] Assistenza di parenti da ricoverare in istituto di cura

che che con lo scrivente ha il rapporto di parentela di può essere assistito soltanto nel Comune

di in quanto nella sede di titolarità non esiste un istituto di cura nel quale il medesimo possa essere assistito.

Data

Firma