

	<p>In allegato alla dichiarazione di</p> <p>Codice fiscale</p>	
---	--	--

## Dichiarazione dei familiari non facenti parte del nucleo familiare anagrafico del destinatario del servizio obbligati a prestare gli alimenti

Il sottoscritto											
Cognome			Nome				Codice Fiscale				
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

che i familiari, non facenti parte del nucleo familiare anagrafico del destinatario del servizio, obbligati a prestare gli alimenti ai sensi dell'art.433 del Codice Civile sono

<input checked="" type="checkbox"/> il sottoscritto											
Grado di parentela con il destinatario del servizio											
Cognome			Nome				Codice Fiscale				
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				
<input type="checkbox"/>	ha impedimenti fisici										
<input type="checkbox"/>	ha impedimenti lavorativi										
<input type="checkbox"/>	ha figli minori										

<input type="checkbox"/> <b>il sottoscritto</b>												
Grado di parentela con il destinatario del servizio												
Cognome			Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza						
Residenza												
Provincia		Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
											<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata					
<input type="checkbox"/>	ha impedimenti fisici											
<input type="checkbox"/>	ha impedimenti lavorativi											
<input type="checkbox"/>	ha figli minori											

<input type="checkbox"/> <b>il sottoscritto</b>												
Grado di parentela con il destinatario del servizio												
Cognome			Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza						
Residenza												
Provincia		Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
											<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata					
<input type="checkbox"/>	ha impedimenti fisici											
<input type="checkbox"/>	ha impedimenti lavorativi											
<input type="checkbox"/>	ha figli minori											

<input type="checkbox"/> <b>il sottoscritto</b>												
Grado di parentela con il destinatario del servizio												
Cognome			Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza						
Residenza												
Provincia		Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
											<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata					
<input type="checkbox"/>	ha impedimenti fisici											
<input type="checkbox"/>	ha impedimenti lavorativi											
<input type="checkbox"/>	ha figli minori											

Avezzano					
Luogo		Data		Il dichiarante	