

SPETT.LE ASL BA  
DISTRETTO S.S. UNICO DI BARI

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA  
DELLA SITUAZIONE REDDITUALE O ECONOMICA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ alla  
via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**D I C H I A R A**

Che il proprio nucleo familiare è così composto:

\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

e che il reddito del proprio nucleo familiare nell'anno \_\_\_\_\_ è stato inferiore ad € 80.000.

Dichiara, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, che i dati e le informazioni sopra riportate vengono rese a titolo di autocertificazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000; consapevole, inoltre, di quanto previsto dall'art. 75 dello stesso D.P.R., relativamente alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Dichiara, infine, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13-14 del GDPR 679/2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali e acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili con le modalità indicate nell'informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali al procedimento per l'erogazione di prestazioni richieste. L'utente ha diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa vigente, la cancellazione ed il blocco degli stessi. Tale consenso si ritiene valido fino a revoca dell'interessato.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

In Fede

\_\_\_\_\_