



Dichiarazione sostitutiva di certificazione del CARICO FAMILIARE (artt. 19 - 46 – 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000).

__ sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ a _____ Prov. _____

Codice Fiscale _____ residente/domiciliato a _____ in Via/Piazza _____ n° _____

tel _____ mail/pec _____ consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni false o mendaci richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28 Dicembre 2000, e che l'Arpal Puglia – Ambito Territoriale di Foggia, provvederà ad eseguire i controlli ex art. 71 ed a segnalare alle competenti le eventuali falsità riscontrate;

DICHIARA DI AVERE LE SEGUENTI PERSONE A CARICO:

(rilevate dallo stato di famiglia, conviventi e a proprio carico)

| | | |
|--|----|----|
| Coniuge convivente e disoccupato immediatamente disponibile al lavoro ai sensi del D. Lgs. n. 150/2015 e s.m.i. iscritto/a presso il Centro Impiego di _____ | SI | NO |
| Coniuge occupato dal _____ | SI | NO |
| Figlio minorenni convivente a carico | N. | |
| Figlio maggiorenne fino al compimento del 26° anno di età se studente e disoccupato immediatamente disponibile al lavoro ai sensi del D.Lgs. n. 150/2015 e s.m.i | N. | |
| Fratello o sorella minorenni convivente e a carico | N. | |
| Coniuge, figlio, fratello o sorella se permanenti inabili al lavoro, conviventi e a carico | N. | |

Elencare i nominativi, il grado di parentela e le date di nascita del coniuge e delle persone a carico

| Nome e cognome | Data di nascita | Barrare la voce corrispondente |
|----------------|-----------------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Coniuge |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Figlio • Fratello/sorella |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Figlio • Fratello/sorella |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Figlio • Fratello/sorella |

Data

Firma del dichiarante
