

**Allegato n. 1**

**AUTOCERTIFICAZIONE ATTESTAZIONE DI RESIDENZA**

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato/a a prov. Il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

in qualità di:

**richiedente** intervento di sostegno economico in quanto affetto da patologia oncologica e in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo

**richiedente per conto di:**

(cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato a prov. il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D. Lgs. n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.

**DICHIARA**

Che il sig. /sig.ra \_\_\_\_\_

È residente in Via/Piazza n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ REGIONE LAZIO

Luogo e data

Firma