

AUTOCERTIFICAZIONE DEL CARICO FISCALE

Io sottoscritto/a _____
Codice Fiscale _____ Nato/a a _____ Prov _____ il _____
Residente a _____ Cap _____ Prov _____ Via _____ n _____
N.tel./cellulare _____ E-Mail _____

D I C H I A R O

ai sensi dell'art. 46 del D.p.r. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso D.p.r. per il rilascio di false dichiarazioni che il **seguito familiare:**

Nome e Cognome

_____ C.F. _____

Nato/a a _____ Prov _____ il _____

☐

possiede il requisito di "familiare fiscalmente a carico"

.

(luogo e data)

(firma leggibile)

Modulo da inviare in originale a:

99854.08811 - Fondo Pensioni Gruppo BP - Verona (Via Meucci 5A - 37135 Verona)