

## DICHIARAZIONE ESIGENZE DI FAMIGLIA

Il/la sottoscritt\_ \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 DPR n. 445 del 28 dicembre 2000

### DICHIARA

sotto la propria responsabilità ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 così come modificato e integrato dall'art. 15 della legge 16 gennaio 2003 n.3 e dall'art.15 comma 1 della legge 183/2011 :

#### Ricongiungimento ai genitori o ai figli per i non coniugati

di essere \_\_\_\_\_ e di essere figli\_\_ d \_\_\_\_\_  
(celibe, nubile)  
di essere genitore di \_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ ( prov. \_\_\_\_\_ )

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_ dal \_\_\_\_\_  
(decorrenza dell'iscrizione anagrafica)  
con cui intende ricongiungersi

=====

#### Ricongiungimento al coniuge

di essere coniugat \_\_ con \_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ ( prov. \_\_\_\_\_ )

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_ dal \_\_\_\_\_  
(decorrenza dell'iscrizione anagrafica) con cui intende ricongiungersi.

=====

#### Documentazione dell'esistenza dei figli

di essere genitore dei seguenti figli residenti nel Comune

di \_\_\_\_\_ ( prov. \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_ nat \_\_. il

\_\_\_\_\_ nat \_\_. il

\_\_\_\_\_ nat \_\_. il

\_\_\_\_\_ nat \_\_. il

maggiorenne affetto da infermità o difetto fisico o mentale causa di inidoneità permanente ed assoluta a proficuo lavoro

=====

**[ ] Ricongiungimento ai genitori o ai figli in caso di separazione o divorzio**

di essere divorziat \_\_. con sentenza del Tribunale di \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_

di essere separat \_\_. consensualmente o legalmente con atto del Tribunale di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

=====

**[ ] Assistenza di parenti da ricoverare in istituto di cura**

che \_\_\_\_\_ che con lo scrivente ha il rapporto di parentela di \_\_\_\_\_ può essere assistito soltanto nel Comune

di \_\_\_\_\_ in quanto nella sede di titolarità non esiste

un istituto di cura nel quale il medesimo possa essere assistito.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_