

## 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 /parte dell'unione civile/convivente di fatto

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 (età inferiore ai 6 anni o ai 18 anni entro il 31.12.2025)

di essere genitore dei seguenti figli residenti nel Comune

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

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

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

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

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

maggiormente 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 dei figli disabili , tossicodipendenti, ovvero del coniuge o del genitore totalmente e permanentemente inabili al lavoro che possono essere assistiti soltanto nel comune richiesto alle condizioni di cui ai punti a) b) c) della nota sub 9.**

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

Dati anagrafici e residenza della persona da assistere \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_