

N. protocollo	Data compilazione
	Arrivo sede regionale
Regione	Arrivo sede nazionale

Numero matricola socio

Numero mat. Rappresentante

DICHIARAZIONE DI CONVIVENZA MORE UXORIO

(compilare in stampatello)

Il/la sottoscritto/a (socio) _____

Nato/a a _____ il _____

Indirizzo (via/piazza) _____ n. _____

CAP _____ Comune _____ Prov _____

e il/la sottoscritto/a (convivente) _____

Nato/a a _____ il _____

Consapevoli della responsabilità prevista dagli artt. 482 e 486 c.p. che si assumono in caso di dichiarazione mendace

Dichiarano

**di essere celibi, nubili o liberi di stato e di convivere sotto lo stesso tetto more uxorio.
Allegano alla dichiarazione certificato di residenza di entrambi (in originale).**

Riconoscono sin d'ora alla Società nazionale di mutuo soccorso Cesare Pozzo il diritto di richiedere, con la sola esibizione della presente dichiarazione, a qualsiasi Autorità e/o Ente informazioni e documenti inerenti a quanto sopra dichiarato e ciò presa totale conoscenza del disposto del D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche, nonché il diritto della medesima Società di richiedere ai sottoscrittori della presente dichiarazione qualsivoglia ulteriore documento a comprova della stessa consapevole che la mancata produzione comporta l'automatica sospensione del sussidio o prestazione richiesta nonché l'eventuale azione legale.

Luogo e data _____

Firma _____
(del socio)

Firma _____
(del convivente)

Firma (per la Società)