



Ambito Territoriale di Bari

Ufficio Collocamento Mirato

Allegato n. 3

Dichiarazione sostitutiva di certificazione del CARICO FAMILIARE (artt. 19 - 46 – 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000).

Il sottoscritto _____ nato/a
il _____ a _____ Prov. _____ Codice
Fiscale _____ Residente/domiciliato
a _____ in Via/Piazza _____ n° _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni false o mendaci richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28 Dicembre 2000, e che l' Arpal Puglia – Ambito Territoriale di Bari, provvederà ad eseguire i controlli ex art. 71 ed a segnalare alle competenti le eventuali falsità riscontrate;

DICHIARA DI AVERE LE SEGUENTI PERSONE A CARICO:

(rilevate dallo stato di famiglia, conviventi e fiscalmente a proprio carico, ossia con un reddito imponibile IRPEF per l'anno in corso non superiore al minimo previsto dalle norme vigenti; per i figli minorenni non è necessaria la convivenza)

Coniuge non legalmente ed effettivamente separato o altra parte dell'unione civile, disoccupato immediatamente disponibile al lavoro ai sensi del D. Lgs. n. 150/2015 e s.m.i. iscritto/a presso il Centro Impiego di _____	SI	NO
Coniuge occupato dal _____	SI	NO
Figlio minorenne a carico	N.	
Figlio maggiorenne fino al compimento del 26° anno di età se studente e disoccupato immediatamente disponibile al lavoro ai sensi del D.Lgs. n. 150/2015 e s.m.i	N.	
Figlio maggiorenne indipendentemente dall'età, se permanentemente inabile al lavoro, convivente e fiscalmente a carico		
Altri familiari a carico (coniuge legalmente ed effettivamente separato; nipoti in linea retta; genitori, compresi quelli naturali ed adottivi; nonni, compresi quelli naturali; generi e nuore; suocero e suocera; fratelli e sorelle)	N.	

Elencare i nominativi, le date di nascita ed il grado di parentela delle persone a carico

Nome e cognome	Data di nascita	Grado di parentela (indicare una delle voci di cui sopra)

Data

Firma del dichiarante
