



## ALLEGATO 2

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE/VARIAZIONE FAMILIARI FISCALMENTE A CARICO (art. 46 D.P.R. n. 445/2000)

### 01. DA COMPILARE SOLO IN CASO DI RIMBORSO PER FAMILIARI A CARICO

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

## DICHIARO

che alla data della presente richiesta: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

i familiari fiscalmente a mio carico, in riferimento alla normativa vigente alla data della presente autocertificazione, sono i seguenti (indicare **esclusivamente** i familiari oggetto della prestazione):

PARENTELA	NOME	COGNOME	DATA NASCITA	CODICE FISCALE	FISCALMENTE A CARICO*
Coniuge					<input type="checkbox"/> AL 50% <input type="checkbox"/> AL 100%
Figlio/a					<input type="checkbox"/> AL 50% <input type="checkbox"/> AL 100%
Figlio/a					<input type="checkbox"/> AL 50% <input type="checkbox"/> AL 100%
Figlio/a					<input type="checkbox"/> AL 50% <input type="checkbox"/> AL 100%
					<input type="checkbox"/> AL 50% <input type="checkbox"/> AL 100%

**\*La percentuale dovrà essere indicata in base alla percentuale di detrazione fiscalmente spettante per gli oneri e le spese sostenute nell'interesse del familiare.**  
 Dichiaro inoltre di essere consapevole che Ebitemp e/o la Cassa Mutualistica Interaziendale hanno la facoltà di richiedere in visione la documentazione relativa ai dati del familiare per il quale è richiesto il rimborso, dichiarati nel presente modello e, qualora la suddetta certificazione non risultasse veritiera, Ebitemp e/o la Cassa Mutualistica Interaziendale, hanno diritto ad ogni azione disciplinare prevista dallo Statuto/Regolamento, al recupero delle somme erogate ed al risarcimento dell'eventuale danno.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**AVVERTENZE:** Ai sensi dell'articolo 75 D.P.R. n. 445/2000, se a seguito di controllo emerge la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente prodotti dal provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.  
 Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi e ne fa uso, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso. Le dichiarazioni sostitutive sono considerate come fatte a Pubblico Ufficiale. Informativa ai sensi dell'art. 10 della legge 675/96: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per i quali sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

**Manifestazione del consenso per i familiari a carico ai sensi del Regolamento UE 2016/679 GDPR (Privacy)** ...L... familiare/i a carico dichiara/no di essere stato/i messi a conoscenza delle informazioni di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e con la presente esprime/ono liberamente il consenso, ai sensi dell'art. 9, del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), alla comunicazione dei propri dati personali e sensibili ai soggetti indicati da Ebitemp alla elaborazione dei dati finalizzati esclusivamente alla elaborazione dei rimborsi, dichiarando di essere a conoscenza dei diritti riconosciutigli dagli artt. 15 e ss. del suddetto Regolamento GDPR.

**Luogo, data e firma del richiedente per gli assistiti minorenni**

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Manifestazione del consenso degli assistiti maggiorenni:**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_