



**FONDO PENSIONE MONTE DEI PASCHI DI SIENA**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

Il/La sottoscritto/a cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

iscritto al Fondo Pensione Monte dei Paschi di Siena, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere o esibizione di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la sua personale responsabilità,

**DICHIARA**

che il familiare: cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ è fiscalmente a proprio carico;

che il familiare: cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ ha perso la propria condizione di soggetto fiscalmente a carico.

data \_\_\_\_\_ firma leggibile \_\_\_\_\_