

## MODULO DICHIARAZIONE CARICHI FAMILIARI

La sottoscritta \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_, via/piazza \_\_\_\_\_,  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_  
dell'impresa \_\_\_\_\_ richiedente il contributo  
di cui al bando "Conciliazione vita-lavoro: sostegno alle donne imprenditrici varesine" della Camera  
di Commercio di Varese,

*Consapevole delle conseguenze e delle sanzioni stabilite dagli articoli 75 e 76 del d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione od uso di atti falsi, ovvero qualora, a seguito delle verifiche di cui all'articolo 71 del richiamato d.p.r. n. 445/2000, emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni riportate di seguito*

### DICHIARA:

- di aver preso visione del bando "Conciliazione vita-lavoro: sostegno alle donne imprenditrici varesine" e di accettare tutte le norme ivi contenute;
- carichi di assistenza e cura in relazione a:

FIGLIO\A	GENITORE	CONUGE/CONVIVENTE DI FATTO:	
nome e cognome			
codice fiscale		data di nascita:	
residenza: (indirizzo completo)			

FIGLIO\A	GENITORE	CONUGE/CONVIVENTE DI FATTO:	
nome e cognome			
codice fiscale		data di nascita:	
residenza: (indirizzo completo)			

FIGLIO\A	GENITORE	CONUGE/CONVIVENTE DI FATTO:	
nome e cognome			
codice fiscale		data di nascita:	
residenza: (indirizzo completo)			

Firma digitale della donna imprenditrice