DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

….. sottoscritt…… ……...

nat….. a …….. il ……

domiciliat….. in …….

Via ……... n. ……

DICHIARA

sotto la propria responsabilità di non percepire redditi mensili in misura superiore al limite di reddito stabilito dal Fondo.

Dichiara inoltre di essere a carico di ……..

iscritto al Fasi con posizione n. ……..

Data …….

Firma

……..

Nota: si precisa che l'importo mensile stabilito dal Fondo per l'anno 2025 è pari a 830,00 €.