

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 740,00 €.