



AUTOCERTIFICAZIONE PAZIENTI ADULTI SOCI AIMPS

Consapevole delle sanzioni penali previste all'art. 26 della legge 4 gennaio 1968 n°15, in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 4 della medesima legge n°15/1968 e successive modifiche ed integrazioni, dichiara:

Io sottoscritta _____, nata a _____ (____),
il _____, e residente a _____
in Via _____, codice fiscale _____
_____.

DICHIARO

Di non aver avuto nessuna occupazione lavorativa (assunzione) negli ultimi 12 mesi.
Pertanto richiedo all'Associazione Italiana Mucopolisaccaridosi e Malattie Affini (ONLUS) di intervenire economicamente a mio favore per l'intera gratuità del soggiorno relativo al Congresso annuale AIMPS.

Data _____

In fede,
