

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 19 e 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Da produrre agli organi della pubblica amministrazione

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____)

il _____ residente a _____

Via _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,
richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

che le seguenti certificazioni sono conformi all'originale in mio possesso e che quanto ivi attestato non è stato revocato, sospeso o modificato:

[] Verbale della commissione medica sanitaria integrata rilasciato da _____

in data _____ attestante l'invalidità del sig/ra _____

Informativa ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (Privacy) DICHIARO di essere a conoscenza che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e che verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e sono consapevole di poter esercitare presso le competenti sedi i diritti previsti dall'art. 7 del citato Decreto Legislativo 196/2003.

Data _____

(firma del dichiarante) _____

La firma deve essere apposta di fronte all'impiegato ricevente alla consegna della domanda. Nel caso in cui non ci si possa recare personalmente presso l'ufficio, si può firmare e allegare alla richiesta una fotocopia di un documento d'identità.