

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DALL'ATTO DI NOTORIETÁ
(della Legge 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Io sottoscritto/a.....
Nato/a.....il.....
Residente a.....in via.....n°.....

Consapevole che in caso di dichiarazione mendace sar  punito ai sensi del Codice penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del suicitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicit  del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadr  dai benefici conseguiti al provvedimento eventuale emanato sulla base della dichiarazione non veritiera /art. 75 D.P.R. 445/2000).

Autorizzo la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell' art. 10 L.675/96 e

DICHIARO CHE

La copia fotostatica del certificato medico allegata corrisponde all'originale
Rilasciato dal medico.....
In data.....
Depositato presso.....

Il certificato in questione   composto da n  1 foglio.

Il Dichiarante

Luogo e Data _____

Allego fotocopia documento d'identit 