

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
ai sensi degli articoli 19 e 47, D.P.R. 445/2000

Il/la Sottoscritto/a _____
Codice Fiscale _____
nato/a a _____ in data _____
residente a _____
via / piazza _____
cap _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità
in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA CHE

la copia allegata del verbale comprovante il tipo e la percentuale di invalidità civile e/o il grado di
riconoscimento di handicap è conforme all'originale

Dichiara inoltre che quanto attestato nella documentazione non è stato revocato, sospeso o modificato
(D.P.R. 445/2000) e di non essere mai stato/a richiamato/a a visita di revisione dei requisiti sanitari.

Trattamento dati personali: Ai sensi del Regolamento UE numero 679/2016 il trattamento dei dati
personali forniti è finalizzato unicamente all'espletamento delle attività di gestione della procedura ed
avverrà a cura delle persone preposte al procedimento con l'eventuale utilizzo di procedure
informatizzate e nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità anche in caso di
eventuale comunicazione a terzi.

Luogo e data

Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile)