

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

OPPURE

la copia allegata della certificazione dello stato di Disturbi Specifici dell'Apprendimento, rilasciata dal Sistema Sanitario Nazionale, è conforme all'originale

(In caso di Disturbi Specifici dell'Apprendimento, Secondo quanto stabilito dalla legge n. 170 del 2010 (art. 3) e dal successivo Accordo Stato Regioni del 24/7/2012 è necessario produrre idonea certificazione diagnostica aggiornata comprensiva di visita neurologica e test neuropsicologici rilasciata da non più di 3 anni, oppure in epoca successiva al compimento del diciottesimo anno di vita, da strutture del SSN o da strutture e specialisti accreditati dallo stesso).

Dichiara inoltre che quanto attestato nella documentazione non è stato revocato, sospeso o modificato (D.P.R. 445/2000).

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)