

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

- Art. 47 del D. P. R. 28 dicembre 200, n. 445 -

Il/La sottoscritto/a:

- Cognome e Nome: _____
- Codice Fiscale: _____
- Nato/a a: _____ (____) il _____
- Residente a FOGLIANISE (BN) in _____

Consapevole delle responsabilità penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i., in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R.; ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

Che:

- Il Verbale INPS di _____ del _____;
- Il Certificato rilasciato dal Centro di Medicina Legale ASL di _____ del _____;

allegato alla richiesta per il rilascio del "Contrassegno di circolazione e sosta per disabili" è conforme a quella in suo possesso e che quanto ivi attestato non è stato revocato, sospeso o modificato.

Dichiara, altresì, di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

La presente dichiarazione è resa ai fini del rilascio del Contrassegno di Circolazione e Sosta per Disabili da parte del Comune di Foglianise, da allegare alla documentazione richiesta.

Si allega copia fronte/retro del documento d'identità in corso di validità.

Luogo e data

Il Dichiarante
(firma leggibile)
