

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 DPR n. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome, nome)

nato/a a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.)

codice fiscale _____ residente a _____ (_____)
(luogo) (prov.)

in via _____ n. _____
(indirizzo)

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI, NEL CASO DI DICHIARAZIONI NON VERITIERE, DI FORMAZIONE O USO DI ATTI FALSI, PREVISTE DALL'ARTICOLO 76 DEL DPR N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000, E DELLA DECADENZA DAI BENEFICI DISPOSTA DALL'ARTICOLO 75 DEL DPR N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000

DICHIARA

di essere impossibilitato, per motivi di salute, a recarsi presso uno degli sportelli di attivazione della Carta Regionale dei Servizi per un periodo superiore a tre mesi.

DICHIARA INOLTRE DI ESSERE INFORMATO/A, AI SENSI E PER GLI EFFETTI DI CUI ALL'ARTICOLO 13 DEL 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.

IL DICHIARANTE

(luogo e data)

(firma)

AI SENSI DELL'ART. 38 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000, LA PRESENTE DICHIARAZIONE È PRESENTATA UNITAMENTE ALLA FOTOCOPIA NON AUTENTICATA DI UN DOCUMENTO D'IDENTITÀ DEL DICHIARANTE ALL'UFFICIO COMPETENTE.