

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(della Legge 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)**

Io sottoscritto/a .....

nata/o a.....il.....

residente a .....in via.....n.....

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarò 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 veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrò dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente 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 della L. 675/96 e

**D I C H I A R O   C H E**

la copia fotostatica di certificato medico allegata corrisponde all'originale a me intestato , rilasciato dal medico .....in data.....depositato presso.....

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

Il Dichiarante

-----

Luogo e data

Allegato fotocopia documento d'identità.