

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ Via _____
codice fiscale _____ Tel. _____

consapevole delle sanzioni 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 le sottoelencate copie di documentazione sanitaria sono conformi agli originali.

Elenco della documentazione sanitaria allegata:

Chiede, ai sensi della L. 120 dell'11.9.2020, art. 29 ter, che la domanda di invalidità civile venga definita su atti.

Dichiara, infine, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs 30 giugno 2003 n° 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____, li _____

Il Dichiarante (l'utente)

Il Dichiarante (l'impiegato del Patronato)

Si allega copia di valido documento di identità dell'utente e dell'impiegato del Patronato che trasmette la documentazione.