

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' SULLA
CONFORMITA' ALL'ORIGINALE DEL VERBALE DELLA COMMISSIONE
MEDICA INTEGRATA ATTESTANTE LO STATO DI INVALIDITA' AI FINI
DEL RILASCIO DEL CONTRASSEGNO DI CIRCOLAZIONE.**

(Art. 47, d.p.r. 445 del 28 dicembre 2000 - Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - Gazzetta Ufficiale n. 42 del 20 febbraio 2001)

Il/La sottoscritto/a , nato/a a
Prov..... , il e residente a , Prov..... , in Via
..... n° , telefono :..... , a conoscenza delle sanzioni
previste dall'art. 76 del d.p.r. 445 del 28 dicembre 2000 nel caso di dichiarazioni mendaci e di
formazione o uso di atti falsi, consapevole inoltre che qualora dal controllo effettuato emerga la non
veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese decadrà dai benefici conseguenti al
provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del d.p.r.
445 del 28 dicembre 2000)

DICHIARA

- Che l'allegato verbale della commissione medica integrata della ASUR n. 9 redatto nella seduta del ed avente ad oggetto il numero pratica è conforme all'originale.
- Che quanto ivi attestato non è stato ad oggi revocato, sospeso o modificato.
-
-
-

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28/01/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato oppure a mezzo posta.

Il/La sottoscritto/a autorizza il trattamento dei propri dati personali limitatamente a quanto previsto dall'articolo 13 della legge 196/03, in base al quale i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data: _____

(firma per esteso e leggibile)