DICHIARAZIONE SOSTUTITIVA DI CERTIFICAZIONI

(D.P.R. 445 del 28.12.2000 G.U. Nr. 42 del 20 febbraio 2001)

Il sottoscritto:

Cognome….…………………………………………..nome ………………………………...

nato a ……………………………………………… (prov……..) il ...………..……………..

e residente in ……………………………………………………………….. (prov. …...…..)

via ……………………………………………………………….…………………….. n….…

è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice

Penale secondo quanto prescritto dall'art.26 della succitata legge n. 15/68 e che , inoltre,

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.

E' informato ed autorizza la raccolta dei dati per l’emanazione del provvedimento

amministrativo ai sensi dell' art. 13 del D.lgs 196/03

D I C H I A R A

Che il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è assistata/o in via

* ESCLUSIVA
* NON ESCLUSIVA (in tal caso prendere contatti diretti con Uff. Personale)

ai fini della L.104/92 dal/dalla sottoscritto/a

D I C H I A R A INOLTRE

Che il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ non è ricoverato/a presso strutture ospedaliere nè in Istituti specializzati nei giorni oggetto di richiesta.

Mi impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione di suddetta situazione.

………………………………

(luogo e data)

il dichiarante…………….……………………

 (firma per esteso e leggibile)