Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Lodi

MODULO PER LA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

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

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

residente a _____ _____ in via _____
(luogo) (prov.)
n. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Dichiara infine di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs 30.06.2003 n° 196, nell'ambito del procedimento e degli adempimenti conseguenti per il quale la presente dichiarazione viene resa.

……..
(Luogo e data)

Il dichiarante

……

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma, è esente da imposta da bollo e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. Le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà possono essere firmate davanti al dipendente addetto a riceverle, oppure consegnate da un'altra persona o inviate, anche via fax, allegando in questi casi la fotocopia del proprio documento di identità.