



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO di NOTORIETÀ
ai sensi dell'art. 47 DPR 445/2000 e s.m.i.
ai fini dell'iscrizione temporanea

Data / /

luogo

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a il provincia (o stato estero)

documento di identità n° data rilascio / /

rilasciato da

residente nel comune di provincia

in via/piazza n

iscritto negli elenchi assistiti della ASL/ ATS / di

DICHIARA

di essere domiciliato nel comune di

in via/piazza n

recapito telefonico

Per motivi di lavoro
(indicare estremi identificativi del datore di lavoro)

Per motivi di studio
(indicare estremi della scuola/università)

Per motivi di salute
(indicare il codice di esenzione per patologia ex D.M. 329/99 e s.m.i., D.M. 279/01 e/o il codice di esenzione per invalidità)

Di aver compiuto il 75° anno di età

Dichiara inoltre di essere consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i e dalla decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni false e mendaci, sotto la propria responsabilità.

Dichiara di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs 196/2003 e s.m.i., nell'ambito del procedimento e degli adempimenti conseguenti per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma del dichiarante
