

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

**B**

- Modalità alternativa all'autenticazione di copia -  
(artt. 19 e 47 del DPR D.P.R. 445/2000)

Io sottoscritto/a .....  
(cognome) (nome)

nato/a ..... (.....) il .....  
prov.

residente a .....( ) via .....n.....  
prov.

a conoscenza di quanto previsto dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale prevista per chi rende false dichiarazioni, e dall'art.75 dello stesso D.P.R. , sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere o produzione di documenti non corrispondenti al vero, ai sensi e per gli affetti dell'art.47 del precitato D.P.R. sotto la penale responsabilità

DICHIARO

che le allegate copie di documentazione clinica – sanitaria, nonché del documento di riconoscimento sono conformi agli originali in mio possesso.

Dichiara, inoltre, di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli sulla veridicità di quanto dichiarato ai sensi dell'art.71 del D.P.R. 445/2000.

Luogo data.....

.....  
Firma per esteso

N.B. ALLEGARE FOTOCOPIA DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'