

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

**(Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 e s.m.i.)**

Il/La sottoscritt... ..... nat ... a ..... ( .....)  
il ..... e residente nel Comune di ..... Via ..... n.....  
Codice Fiscale ..... Consapevole della sanzioni penali  
richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e  
della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di  
dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R., ai sensi e per gli effetti del predetto  
D.P.R. 445/2000 e s.m.i. sotto la propria responsabilità, ai fini della richiesta per ottenere il rilascio del  
contrassegno invalidi

**D I C H I A R A**

**1) Che il verbale della commissione medica integrata, atto allegato alla richiesta per il  
rilascio del contrassegno invalidi è conforme all'originale in mio possesso e che quanto  
ivi attestato non è stato revocato, sospeso o modificato.**

**2) Altro .....**  
.....  
.....

***Dichiara inoltre, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs 30  
Giugno 2003 n. 196 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti  
informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente  
dichiarazione viene resa.***

..... li, .....

IL/LA DICHIARANTE

.....

\*\*\*\*\*

*Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. del 28.12.2000, n.445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del  
dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata all'ufficio competente, unitamente a copia fotostatica non  
autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. E' ammessa la presentazione anche via fax o a mezzo  
posta.*