

## Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà

Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ |

residente a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ |

*consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità*

### DICHIARA

in qualità di \_\_\_\_\_ (indicare il grado di parentela)

del Sig./ra \_\_\_\_\_, fiscalmente a proprio carico SI  NO

che a quest'ultimo/a è stato/a riconosciuto/a l'indennità di accompagnamento di cui alle Leggi 18/1980 e 508/1998

a) della ASL \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (\*)

b) dal Tribunale Civile di \_\_\_\_\_ con sentenza n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (\*)

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n° 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Firma leggibile

(\*) compilare la parte che interessa.

N.B. Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritta e inviata all'ufficio competente, insieme alla **fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante**.

L'Amministrazione si riserva di effettuare dei controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 11, comma 1, D.P.R. 403/98).