

Modulo da compilare in presenza del verbale della commissione medica integrata
(ai sensi del D.L. 5 del 09/02/2012 convertito in Legge 35 del 04/04/2012)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.)

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

Nato/a a _____ (_____) il _____ / _____ / _____
(luogo) (prov.) (giorno) (mese) (anno)

Residente a _____ (_____) _____
(luogo) (prov.)

in via/corso _____
(indirizzo)

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai 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. 445/200 e s.m.i. sotto la propria responsabilità, ai fini della richiesta per ottenere il rilascio del contrassegno invalidi, ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

Che il verbale della commissione medica integrata, (rilasciato ai sensi dell'art. 20 della Legge 102/2009), 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.

Il/La dichiarante

Cossato, _____
(gg/mm/anno)

firma per esteso e leggibile)