

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

Il/la sottoscritto/a .....  
(cognome) (nome)

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

residente a .....( ..... ) in via ..... n. ....  
(luogo) (prov.) (indirizzo)

domiciliato a .....( ..... ) in via ..... n. ....  
(luogo) (prov.) (indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali richieste dall'art.76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, in caso di  
dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

(indicare gli stati, qualità personali o fatti necessari ai fini dell'autorizzazione richiesta ed autocertificabili ai  
sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000)

che il certificato per il rilascio del Contrassegno Europeo per Disabili, rilasciato in data .....  
a seguito di visita della Commissione Medica Integrata dell'USL di Rimini, è conforme  
all'originale in suo possesso. Dichiaro, inoltre, che quanto ivi attestato non è stato revocato, sospeso  
o modificato.

.....  
(luogo e data)

il 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, per via telematica o a mezzo posta.