

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Io sottoscritto _____
 nato/a a _____ (____) il _____
 residente _____ (____) Via _____ n. _____ Cap. _____
 titolare di contrassegno invalidi n. _____ con scadenza il _____

Consapevole della decadenza dai benefici di cui all'art. 75 e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

dichiaro:

di aver presentato domanda di visita medico-legale in data _____ e che tale visita medico-legale di revisione verrà effettuata entro il mese di _____, così come da attestazione rilasciata dall'INPS (che si allega). In attesa di visita, mi avvalgo di quanto previsto dall'art. 25 comma 6 bis della Legge 11 agosto 2014 n.114 e resto in attesa di proroga del mio contrassegno invalidi, fino al completamento dell'iter sanitario di revisione, previsto per il _____ o nel mese di _____. Resta inteso che appena sarò in possesso del nuovo verbale rilasciato dall'INPS, contenente l'esito della revisione, lo comunicherò immediatamente al vostro ufficio.

Il dichiarante

Rimini, _____

=====

Art. 38, D.P.R.445 del 28/12/2000: " Le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi dell'amministrazione pubblica o ai gestori o esercenti di pubblici servizi sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità del sottoscrittore. Omissis.....",

L'autenticità della firma è garantita con le seguenti modalità:	
<p>1° caso (presentazione diretta)</p> <p>Firma apposta in presenza del dipendente addetto a riceverla.</p> <p>Modalità di identificazione: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Data _____</p> <p style="text-align: center;">IL DIPENDENTE ADDETTO</p> <p>_____</p>	<p>2° caso (invio per mezzo posta, fax o tramite incaricato)</p> <p>Si allega copia fotostatica del seguente documento di riconoscimento:</p> <p>Tipo(*) _____ n. _____</p> <p>(*) Passaporto, carta d'identità, patente, ecc.</p> <p>rilasciato da _____</p> <p>in data _____ in corso di validità.</p> <p>Data _____ FIRMA DEL DICHIARANTE</p> <p>_____</p>

LEGGE SULLA PRIVACY

Il sottoscritto, ai sensi del D. Lgs. 196/2003, presta consenso al trattamento dei dati personali, indicati nel presente atto, esclusivamente per lo svolgimento delle attività finalizzate alla valutazione dei titoli formativi.

FIRMA

Rimini, _____
