

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
(Art. 46 e 47 R T.U. delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa - D.P.R. 28/12/2000, N° 445)

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_

nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

quanto segue:

di avere/ non avere ricevuto da parte dell'ASL – né da parte dell'INPS, attualmente Ente di

competenza di \_\_\_\_\_ che aveva rilasciato la

documentazione di disabilità grave in data \_\_\_\_\_ **revoche o modifiche** circa

il giudizio sulla connotazione di gravità relativa a:

se stesso/a     padre     madre     fratello     sorella     figlio     coniuge

parente entro il secondo grado     affine entro il secondo grado

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Cognome e nome del disabile

il \_\_\_\_\_ e per il quale usufruisce dei permessi di cui alla legge 104/92.

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ si impegna a comunicare **immediatamente** qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata.

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ è inoltre consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false, può subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti.

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ dichiara che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità ed è consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false.

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_