

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. n. 445 del 28 dicembre 2000 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. 445/2000 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, rilasciata 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 ivi attestato non è stato revocato, sospeso o modificato.

Ferrara _____

Il/La Dichiarante
