

## Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà

Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_|

residente a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

*consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità*

### DICHIARA

che al medesimo/a è stata riconosciuta l'indennità di accompagnamento di cui alle Leggi 18/1980 e 508/1998 da parte:

a) della ASL \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (\*)

b) dal Tribunale Civile di \_\_\_\_\_ con sentenza n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (\*)

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n° 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali e sensibili raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Firma leggibile

\_\_\_\_\_

(\*) compilare la parte che interessa.

**N.B.** Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritta e inviata all'ufficio competente insieme alla **fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante.**

L'Amministrazione si riserva di effettuare dei controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 11, comma 1, D.P.R. 403/98).