

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà**  
(Artt. 19 e 47, D.P.R. 445/2000)

**Io sottoscritto/a** (nome, cognome) \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

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

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

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

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, per le ipotesi di falsità in atti e le dichiarazioni mendaci,

DICHIARO CHE

la copia allegata della certificazione dello stato di Disturbi Specifici dell'Apprendimento, rilasciata dal Sistema Sanitario Nazionale, è conforme all'originale.

NOTA. In caso di Disturbi Specifici dell'Apprendimento, secondo quanto stabilito dalla legge n. 170 del 2010 (art.3) e dal successivo Accordo Stato Regioni del 24/7/2012 è necessario produrre idonea certificazione diagnostica aggiornata comprensiva di visita neurologica e test neuropsicologici rilasciata da non più di tre anni da strutture del SSN o da strutture e specialisti accreditati dallo stesso.
--

Trattamento dati personali: Ai sensi del Regolamento UE numero 679/2016 il trattamento dei dati personali forniti è finalizzato unicamente all'espletamento della attività di gestione della procedura ed avverrà a cura delle persone preposte al procedimento con l'eventuale utilizzo di procedure informatizzate e nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità anche in caso di eventuale comunicazione a terzi.

(luogo, data) .....

Il dichiarante .....