

**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/e copia/e allegata/e delle seguenti certificazioni (indicare con crocetta quella/e posseduta/e):

- invalidità civile;
- "handicap" o "handicap grave" (art. 3, co.1 o co.3 della L. 104/92);

sono conformi agli originali.

Dichiara, inoltre, che quanto attestato nella certificazione non è stato revocato, sospeso o modificato (DL 9 febbraio 2012, n. 5, art. 4, comma 2)

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 .....