

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);
- Disturbi Specifici di Apprendimento.

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)

ATTENZIONE. La certificazione di DSA, redatta ai sensi della L. 8 ottobre 2010, n. 170 e del successivo Accordo Stato Regioni del 25 luglio 2012, deve essere rilasciata dal Servizio Sanitario Nazionale oppure, se previsto dalle Regioni, da specialisti o strutture *specificamente accreditati al rilascio della certificazione di DSA* (non è sufficiente che siano "genericamente" accreditate al SSN, ad esempio per prestazioni di tipo riabilitativo).

La data di rilascio di detta certificazione non deve superare i 3 anni. La certificazione rilasciata dopo il 18° anno di età è invece valida indipendentemente dalla data di rilascio.

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