DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ SULLA CONFORMITÀ DI COPIA ALL'ORIGINALE

(Artt. 19 e 47 DPR 445/2000; Art. 4 c. 2 L. 35/2012)

_l_ sottoscritt_ ..... nato/a il .....

a ..... prov. ( )

residente a ..... prov ( )

indirizzo .....

n. civico ..... tel .....

e-mail .....

consapevole di quanto previsto dagli artt. 75 e 76 DPR 445/2000 e delle pene stabilite per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni dagli artt. 483,495 e 496 c.p., sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che l'allegata copia del verbale della Commissione Medica Integrata è conforme all'originale e che quanto attestato nel verbale stesso non è stato revocato, sospeso o modificato.

_____

Firma

Chieti, lì .....

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003.
I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per i quali sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Informazioni per la compilazione, sottoscrizione e presentazione.
Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritta e inviata all'Ufficio competente via fax, tramite un incaricato oppure a mezzo posta, unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.