# Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (ai sensi dell' art. 47 del D.P.R. 445/2000)

II/La sottoscritto/a

Cognome……………………………………………………. Nome………………………………………………, C.F.:………………………………………………………………………………………………………………………… nato/a……………………………………………………...Prov.………......il………………………………., residente a………………………………………………….in Via…………………………………….....n…., tel………………………………………………..

In qualità di

* Persona con disabilità motoria permanente
* Genitore/tutore della persona con disabilità motoria permanente: Nome………………………………………Cognome……………………………………………………… C.F.:……………………………………………………………………………………………………………… nato/a……………………………………………………...Prov.………......il………………………… residente a………………………………………………….inVia………………………………...n….,

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all’art 47 del D.P.R. 445/2000;

## DICHIARA

che al/alla/sottoscritto/a o al figlio/a/tutelato/a è stato riconosciuto lo stato di:

* invalidità civile con una percentuale pari al…………………………….tipologia:…………………………………………………………………. con certificato n°……………………………………………rilasciato in data………………………………..da…………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………… (specificare: struttura sanitaria - Azienda Sanitaria Locale - INPS);

* invalidità civile con una percentuale pari al………………………………….rivedibile dopo …………………………mesi dal…………………………….. tipologia:……………………………………………………… con certificato n°……………………………………………………rilasciato in data………………………………..da…………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………… (specificare: struttura sanitaria - Azienda Sanitaria Locale - INPS) ;

* Portatore di handicap (ai sensi della Legge 05.02.1992, n° 104) con certificato n°………………………………………………….rilasciato in data…………………………………….da……………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………….. (specificare: struttura sanitaria - Azienda Sanitaria Locale - INPS)

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare ogni eventuale variazione relativa al suo stato di invalidità civile o di portatore di handicap.

Il / La sottoscritto / a allega alla presente fotocopia del documento di identità personale.

Data

…………………………………………………..

Il Dichiarante

……………………………………………………………….

La presente dichiarazione non necessita dell’autenticazione della firma e ai sensi dell’art. 39, comma 1, del D.P.R. 445/2000 sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione.