

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

Il/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..... in Via..... 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
dopomesi 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.