COMUNE DI MENCONICO - Prot 0001320 del 29/05/2026 Tit X Cl 1 Fasc

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Pavia

Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) di Pavia

Sede Legale: Viale Repubblica, 34 - 27100 PAVIA
Codice Fiscale/Partita I.V.A. n. 02613080189
sito internet: www.asst-pavia.it

Mod A 7

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

ai sensi dell'art. 47 DPR 445 del 28 - 12 - 2000 e s.m.i.

Data ..... / ..... / ..... li .....

Il/la sottoscritto/a.....

Nato/a a ..... il ..... provincia (o stato estero) .....

e residente a ..... provincia .....

in ..... n° ..... telefono .....

consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e dalla decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo D.P.R. qualora, dal controllo di cui all'art. 71 del medesimo D.P.R., emergano dichiarazioni false e mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Indicare analiticamente tutti gli elementi necessari all'esatta individuazione delle situazioni certificate.

Dichiaro di aver ricevuto le informazioni preventive di cui al comma 1 art. 10 L.196/2003 e in particolare, sulla natura obbligatoria del conferimento dei dati di cui sopra e del loro utilizzo limitato esclusivamente ai fini della pratica per la quale sono stati richiesti.

Firma del dichiarante

_____

Informativa ai sensi dell'art. 13 della legge 196 del 2003: i dati verranno utilizzati esclusivamente per le finalità connesse alla pratica per la quale sono stati richiesti. *La sottoscrizione della presente dichiarazione non viene autenticata in quanto accompagnata da fotocopia di documento di identità ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000.*