

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI CONFORMITA'  
ALL'ORIGINALE DI COPIA  
(ARTT. 19 e 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)**

Il/la sottoscritto/a

\_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_ (nome)  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del medesimo D.P.R. 445/2000;

**DICHIARA**

che l'allegata fotocopia della **Diagnosi funzionale /Profilo dinamico funzionale/ Piano Educativo Personalizzato**(specificare il tipo di documento e la Struttura che lo ha prodotto o dato l'avallo )

\_\_\_\_\_ di cui l'originale è  
(barrare la dizione che interessa)

in mio possesso

depositato presso l' Ente

\_\_\_\_\_ è conforme all'originale.

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma del/la dichiarante (per esteso e leggibile)

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lsg. 196/2003, dà il proprio consenso a che i dati personali raccolti siano trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa .

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma del/la dichiarante (per esteso e leggibile)