

**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 del **certificato medico** (specificare il contenuto del certificato e la Struttura che lo ha prodotto)

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)

