

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
ai sensi degli articoli 19 e 47, D.P.R. 445/2000**

Il/la Sottoscritto/a _____

Codice Fiscale _____

nato/a _____ in data _____

residente a _____

via / piazza _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA CHE

la copia allegata del certificato di invalidità e/o del certificato di cui alla legge 104 del 1992 rilasciata dalla Commissione Medica competente per territorio e comprovante il tipo di invalidità e/o il grado di handicap riconosciuto è conforme all'originale

OPPURE

la copia allegata della certificazione dello stato di DSA di cui alla legge n. 170 del 2010, rilasciata da non più di 3 anni oppure in epoca successiva al compimento del diciottesimo anno di età da strutture sanitarie locali o da Enti e specialisti accreditati con il servizio sanitario regionale, è conforme all'originale

Dichiara inoltre che quanto attestato nella documentazione non è stato revocato, sospeso o modificato (DL 9 febbraio 2012, n. 5, art. 4, comma 2).

Treatmento dati personali: Ai sensi del Regolamento UE numero 679/2016 il trattamento dei dati personali forniti è finalizzato unicamente all'espletamento delle attività di gestione della procedura ed avverrà a cura delle persone preposte al procedimento con l'eventuale utilizzo di procedure informatizzate e nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità anche in caso di eventuale comunicazione a terzi.

Luogo e data

Firma del dichiarante

(E' necessario allegare alla presente dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà copia di un documento di riconoscimento in corso di validità)