

Modulo da compilare in presenza del verbale della commissione medica integrata

(ai sensi del D.L. 5 del 09/02/2012 convertito in Legge 35 del 04/04/2012)

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

(Cognome) (Nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ), il \_\_\_\_\_

(Luogo)

(Prov.)

(gg/mm/aaaa)

residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ), in via/corso \_\_\_\_\_

(Luogo)

(Prov.)

(Indirizzo)

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_.

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre

2000 n. 445 e s.m.i in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R., ai sensi e per gli effetti del predetto D.P.R. 445/200 e s.m.i. sotto la propria responsabilità, ai fini della richiesta per ottenere il rilascio del contrassegno per persone con disabilità;

Ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 445/2000;

### DICHIARA

Che il verbale della Commissione medica integrata (rilasciato ai sensi dell'art. 20 della Legge 102/2009), allegato alla richiesta per il rilascio del contrassegno per persone con disabilità è conforme all'originale in mio possesso e che quanto ivi attestato non è stato revocato, sospeso o modificato.

Addì, \_\_\_\_\_

(gg/mm/aaaa)

Il/La dichiarante

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso e leggibile)