



# **COMUNE DI SORSO**

*(Provincia di Sassari)*

## **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(Testo unico della normativa sulla documentazione amministrativa, D.P.R. 28/12/2000 n° 445, art. 47)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. SS)

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

## DICHIARA

DI AVER EFFETTUATO NEL PERIODO DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ LE SEGUENTI VISITE MEDICHE CONNESSE ALLA PATOLOGIA DI CUI ALLA L.R. 09/04

## ALLEGATO

**(X) Di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali (Art. 13 Regolamento UE 2016/679)**

(data)

(firma del dichiarante)

Le dichiarazioni di nascita e di morte hanno validità illimitata. Tutte le altre valgono sei mesi. Per la validità oltre i sei mesi il sottoscritto dichiara che le informazioni contenute nella presente dichiarazione non sono variate dalla data sopraindicata.

**Si allega fotocopia del documento di identità**