

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ  
(Art. 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**

**DA PRESENTARE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O AI GESTORI DI PUBBLICI UFFICI**

Il/la sottoscritto/a .....

nato a ..... il .....

residente a ..... Via ..... n° .....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

**DICHIARO**

*(indicare gli stati, qualità personali o fatti necessari ai fini dell'autorizzazione richiesta ed autocertificabili ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000)*

**che il portatore di handicap Sig./ra..... è tutt'ora in vita;**

**che non è ricoverato a tempo pieno presso alcuna struttura dalla data di richiesta dei predetti benefici.**

.....

.....

.....

.....

.....

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96 e all'art 13 del D. Legislativo 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

.....  
(luogo, data)

Il dichiarante  
(firma per esteso e leggibile)

.....

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione può essere:  
- sottoscritta in presenza del dipendente addetto;  
- sottoscritta e inviata (all'ufficio competente) per posta, via fax o tramite incaricato allegando la fotocopia non autenticata di un documento di identità.