

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Io sottoscritt \_\_\_\_\_, nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
Prov. ( \_\_\_ ) il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_ )  
in Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_,

in qualità di:  titolare di verbale di invalidità  
 genitore / tutore del minore \_\_\_\_\_  
 legale rappresentante di \_\_\_\_\_

ai sensi delle disposizioni di cui all'art. 47 e 76 del D.P.R. 28.12.2000 n° 445, consapevole delle sanzioni stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni e in ottemperanza all'art. 4.2 del D.L n. 5 del 09/02/2012 (convertito in L. 35 del 04/04/2012)

### D I C H I A R O

sotto la mia personale responsabilità, che la copia fotostatica, allegata alla presente dichiarazione, relativa a verbale attestante

- STATO DI INVALIDITÀ CIVILE DELLE CONDIZIONI VISIVE E DI SORDITA' n. \_\_\_\_\_
- CONDIZIONE DI HANDICAP n. \_\_\_\_\_
- LA VERIFICA DELLA SUSSISTENZA DEI REQUISITI DELLA PENSIONE N. \_\_\_\_\_

rilasciato dall'INPS/ASL nell'accertamento del \_\_\_\_\_

- E' CONFORME ALL'ORIGINALE, SENZA MODIFICA O ALTERAZIONE ALCUNA, NEI DATI E NELLE INFORMAZIONI.
- NON HA SUBITO ALCUNA REVOCA, MODIFICA O SOSPENSIONE DALLA DATA DI RILASCIO.

D A T A

In Fede