

**dichiarazione sostitutiva atto di notorietà  
di chi non sa o non può firmare né dichiarare**

(Art. 4 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

La/il sottoscritta/o.....  
nata/o a ..... il .....  
residente a ..... in via ..... n .....  
in qualità di ..... nato a ..... il .....  
residente a ..... in via ..... n .....  
che non può firmare né dichiarare perché momentaneamente impedito per ragioni di salute

è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che , inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera ( art. 75 D.P.R. 445/2000).

E' informato ed autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell' art. 10 della L. 675/96 e

**D I C H I A R A C H E**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Calusco d'Adda lì,.....

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

Spazio riservato al pubblico ufficiale

**COMUNE DI CALUSCO D'ADDA**

**PROVINCIA DI BERGAMO**

Io sottoscritto Funzionario Incaricato dal Sindaco attesto che la dichiarazione suestesa è stata resa in mia presenza dal dichiarante sig.

.....  
identificato mediante.....

Ai sensi dell'art. 4 D.P.R. 445/2000.

Calusco d'Adda lì, .....

IL FUNZIONARIO INCARICATO

\_\_\_\_\_

