



**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 li,.....

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 li,

IL FUNZIONARIO INCARICATO
