



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
ai sensi degli articoli 19 e 47, D.P.R. 445/2000

Il sottoscritto:

Cognome:

Nome:

Codice fiscale:

Luogo di nascita:

Data di Nascita:

Città di Residenza:

Via, Piazza:

Cap

Telefono fisso:

Cellulare:

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARACHE

la copia allegata del verbale di accertamento dell'invalidità civile, delle condizioni visive e della sordità o di grave handicap ai sensi della legge n.104/1992 è conforme all'originale

oppure

la copia allegata della certificazione dello stato di Disturbi Specifici dell'Apprendimento, rilasciata dal Sistema Sanitario Nazionale, è conforme all'originale

(In caso di Disturbi Specifici dell'Apprendimento, Secondo quanto stabilito dalla legge n. 170 del 2010 (art. 3) e dal successivo Accordo Stato-Regioni del 24/7/2012 è necessario produrre idonea certificazione diagnostica aggiornata comprensiva di visita neurologica e test neuropsicologici rilasciata da non più di 3 anni oppure in epoca successiva al compimento del diciottesimo anno di vita da strutture del SSN o da strutture e specialisti accreditati dallo stesso)

Dichiara inoltre che quanto attestato nella documentazione non è stato revocato, sospeso o modificato (DL 9 febbraio 2012, n. 5, art. 4, comma 2).

Trattamento dati personali: Ai sensi del Regolamento UE numero 679/2016 il trattamento dei dati personali forniti è finalizzato unicamente all'espletamento delle attività di gestione della procedura ed avverrà a cura delle persone preposte al procedimento con l'eventuale utilizzo di procedure informatizzate e nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità anche in caso di eventuale comunicazione a terzi.

Luogo e data

Firma