

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 e/o DELLE CONDIZIONI VISIVE E DI SORDITA'
N.Domanda _____
- CONDIZIONE DI HANDICAP N.Domanda _____
- LA VERIFICA DELLA SUSSISTENZA DEI REQUISITI DELLA PENSIONE
Prestazione N. _____ CAT. _____

rilasciato dall'INPS/ASL nell'accertamento del (Data definizione) _____

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
