

**Maggiorenne
Inabilitato assistito dal curatore**



All'Azienda Unità locale Socio-Sanitaria N.____
Ufficio Invalidi civili

Prat. n. _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA`

(ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il sottoscritt _____ nat _____ il _____
a _____ residente a _____ in via _____
_____ n.di telefono _____ codice fiscale _____
_____ tess.sanitaria _____ stato civile _____
_____ se coniugato indicare dati anagrafici del coniuge _____

(EVENTUALMENTE)

➤ *Assistito dal curatore* ¹Sig. _____

- Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi contenenti dati non più rispondenti a verità, giusto il disposto degli artt. 75 e 76 DPR 445/2000

DICHIARA

- Di non aver prestato attività lavorativa per il periodo intercorrente dalla data della domanda di accertamento sanitario _____ a quella in cui ha ricevuto il verbale sanitario _____.
In detto periodo non si è iscritto nelle liste ordinarie di collocamento a causa delle minorazioni che poi sono state accertate dalla Commissione sanitaria invalidi civili.
- Di aver oppure provveduto in data _____ all'iscrizione nelle liste speciali del collocamento ai sensi della Legge 68/1999.
- Di non aver provveduto all'iscrizione nelle liste speciali del collocamento ai sensi della Legge 68/1999 per non riconosciuta capacità lavorativa.

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni civili e penali per coloro che rendono attestazioni false, dichiara sotto la propria responsabilità che la presente dichiarazione corrisponde alla verità.

Data, _____

FIRMA

Se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato addetto, la presente dichiarazione deve essere inoltrata unitamente alla fotocopia di un documento di riconoscimento

Informativa ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Dichiaro di essere stato informato, ai sensi dell'art. 10 della L. 675/96, che i dati personali raccolti con la presente saranno trattati esclusivamente per il perseguimento delle finalità del procedimento relativo alla medesima ed, in conformità alle disposizioni di cui all'art. 11 L. 675/1996, esprimo il mio consenso al trattamento degli stessi.

Luogo, data, _____

¹ Da compilarsi solo nel caso di inabilitato assistito dal curatore.

Spazio riservato al pubblico ufficiale.

*La dichiarazione di **chi non sa o non può firmare** deve essere raccolta dal pubblico ufficiale previo accertamento dell'identità del dichiarante. Il pubblico ufficiale attesta che la dichiarazione è stata a lui resa dall'interessato in presenza d un impedimento a sottoscrivere" art. 4,1° comma, DPR 445/2000.*

Io sottoscritto attesto che la dichiarazione su estesa è stata resa in mia presenza dal dichiarante, identificato mediante (estremi di un documento del dichiarante).....

Il quale mi ha altresì dichiarato di:

che non sa firmare.

che non può firmare a causa di un impedimento.

Luogo e data.....

TIMBRO

FIRMA DELL'ADDETTO
