

**ALLEGATO A**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(artt. 47. D.P.R. 28 dicembre 2000 445/2000)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.)

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_  
(luogo) (prov.)

*consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. n° 445 del 28 dicembre 2000 e dall'art.495 del C.P. in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, **sotto la propria responsabilità***

DICHIARA

di essere a conoscenza del fatto che l'allegata copia:

- dell'atto/documento/verbale riferito alla certificazione medico-sanitaria dello studente \_\_\_\_\_, prot n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, trasmesso in \_\_\_\_\_, uno alla domanda di ammissione al contributo per l'anno scolastico 2019/2020, è **conforme all'originale;**
- che quanto ivi certificato non è stato revocato, sospeso o modificato.

*Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n° 196/2003 s.m.i. e dal Regolamento U.E. 679/2016 che i dati personali raccolti saranno trattati, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

\_\_\_\_\_  
[luogo] [data]

IL DICHIARANTE  
\_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.