

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(Artt. 4, 19 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**  
*sottoscritta da maggiorenne con capacità di agire*

**RESA PER CONTO DI UNA PERSONA TEMPORANEAMENTE IMPEDITA.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

in qualità di <sup>1</sup> \_\_\_\_\_ del Sig. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

temporaneamente impedito a causa del suo stato di salute, valendosi delle disposizioni di cui all'art. 4 comma 2 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

che I \_\_ copi \_\_ allegat \_\_ <sup>1</sup>

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

è/sono conform \_\_ all'originale conservat \_\_ presso: <sup>2</sup> \_\_\_\_\_

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. n. 196/2003 (*T.U. Privacy*), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

*Il Dichiarante*

\_\_\_\_\_  
*(luogo, data)*

\_\_\_\_\_

Attesto che la presente dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal dichiarante sopra generalizzato ed identificato mediante \_\_\_\_\_

*Il Funzionario Incaricato*

\_\_\_\_\_  
*(luogo, data)*

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Indicare il grado di parentela: coniuge, figlio, altro parente fino al 3° grado

<sup>1</sup> descrivere gli atti o documenti che si allegano in copia

<sup>2</sup> indicare il luogo ove si trova ogni singolo originale allegato in copia