

Dichiarazione sostitutiva  
**DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(Art. 47 - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ ( ) in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

**DI CHIARA**

A) L'ESISTENZA IN VITA DEL FAMILIARE DISABILE

\_\_\_\_\_ (Relazione di parentela)

NATO/A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_ E RESIDENTE A

\_\_\_\_\_ IN VIA \_\_\_\_\_

NON CONVIVENTE COL SOTTOSCRITTO MA ASSITITO DAL SOTTOSCRITTO IN VIA ESCLUSIVA E CONTINUATIVA

B) CHE DA PARTE DELL'ASL NON SI E' PROCEDUTO A RETTIFICA O NON E' STATO MODIFICATO IL GIUDIZIO SULLA GRAVITA' DELL'HANDICAP

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 455

Data, \*\*

\_\_\_\_\_ Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)\*

\* La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato.

**\*\*da rinnovare ogni anno scolastico**