

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' DI CONFORMITA'  
ALL'ORIGINALE DI COPIA  
(Artt. 19 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

**DA PRODURRE AGLI ORGANI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O AI  
GESTORI DI PUBBLICI SERVIZI - NON SOGGETTA AD AUTENTICAZIONE, ESENTE  
DA BOLLO ( Art. 37, comma 1, D.P.R. 28/12/2000, n. 445)**

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

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

residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità  
negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R.445 del 28/12/2000**

**D I C H I A R A**

di essere a conoscenza del fatto che l'allegata copia del verbale della Commissione Medica dell'ASL competente, integrata dal medico dell'INPS, ex art. 20 del D.L. 01/07/2009, n. 78, convertito con modificazioni in L. 03/08/2009, n. 102, riportante anche l'esistenza dei requisiti sanitari necessari per la richiesta del contrassegno per disabili, ex art. 4, c. 1°, del D.L. n. 5/2012 convertito in L. n. 35/2012, **conservato/rilasciato** dalla amministrazione pubblica \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

è conforme all'originale ed, altresì, quanto in esso attestato non è stato revocato, sospeso o modificato.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Dichiaro, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 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**

\_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R.445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.