

## Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_  
*cognome e nome in stampatello del richiedente o della persona invalida*

Nata/o il \_\_\_\_\_  
*data di nascita* *località di nascita*

Residente a Cortona in \_\_\_\_\_ tel. abitazione \_\_\_\_\_  
*via/piazza* *numero civico* *CAP*

**IN QUALITÀ DI CURATORE/TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (ALLEGARE DOCUMENTO DI IDENTITÀ' E ATTO DI NOMINA DEL TRIBUNALE) di:**

\_\_\_\_\_  
*cognome e nome in stampatello della persona invalida*

Nata/o il \_\_\_\_\_  
*data di nascita* *località di nascita*

Residente a Cortona in \_\_\_\_\_ tel. abitazione \_\_\_\_\_  
*via/piazza* *numero civico* *CAP*

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. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, che la copia del verbale della commissione medica per l'accertamento dell'handicap ai sensi della legge del 5 febbraio 1992, n.104 – legge 3 agosto 2009, n.102 art.20, allegata alla presente richiesta, è conforme all'originale e il contenuto in esso attestato non è stato revocato, sospeso o modificato.

Dichiara, inoltre, di essere informata/o, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Legislativo 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.

Cortona, \_\_\_\_\_  
*data* *firma*