

(ALLEGATO A)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
(artt. 47 e 19 DPR n. 445 del 28.12.2000)

RIFERIMENTO: Concorso per \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, nel caso di  
dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,

DICHIARA CHE

- la copia della certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria in ordine ai benefici della legge 104/92,  
qui allegata è conforme all'originale
- le pubblicazioni di seguito elencate sono conformi all'originale

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D. Leg.vo n. 196/2003 e s.m.i., che i dati personali  
raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per  
il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allega copia della domanda firmata e fotocopia del documento di riconoscimento valido.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il/La dichiarante

\_\_\_\_\_