



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO di NOTORIETÀ**  
**ai sensi dell'art. 47 DPR 445/2000 e s.m.i.**  
**ai fini dell'iscrizione temporanea**

Data ..... / ..... / .....

luogo .....

Il/la sottoscritto/a .....

Nato/a a ..... provincia (o stato estero) .....

documento di identità ..... n° ..... data rilascio ..... / ..... / .....

rilasciato da .....

residente nel comune di ..... provincia .....

in via/piazza ..... n .....

iscritto negli elenchi assistiti della ASL/ ATS / ..... di .....

DICHIARA

di essere domiciliato nel comune di .....

in via/piazza ..... n .....

recapito telefonico .....

**Per motivi di lavoro** .....  
(indicare estremi identificativi del datore di lavoro)

**Per motivi di studio** .....  
(indicare estremi della scuola/università)

**Per motivi di salute** .....  
(indicare il codice di esenzione per patologia ex D.M. 329/99 e s.m.i., D.M. 279/01 e/o il codice di esenzione per invalidità)

**Di aver compiuto il 75° anno di età**

Dichiara inoltre di essere consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i e dalla decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni false e mendaci, sotto la propria responsabilità.

Dichiara di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs 196/2003 e s.m.i., nell'ambito del procedimento e degli adempimenti conseguenti per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**Firma del dichiarante**

\_\_\_\_\_