

Al Comune di \_\_\_\_\_

Distretto Socio Sanitario n.47

**OGGETTO: DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (ART. 46 DEL D.P.R. 445/2000)**

\_\_\_/\_\_\_ sottoscritt\_\_\_ \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_, prov. (\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_), via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_, email \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_ del centro/struttura \_\_\_\_\_ sito in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_

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

che il servizio di trasporto presso la propria struttura/centro è esclusivamente a carico dell'utente e che lo stesso centro non percepisce alcun corrispettivo per il trasporto;

\_\_\_l\_\_\_ sottoscritt\_\_\_ dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

\_\_\_l\_\_\_ sottoscritt\_\_\_ dichiara di essere a conoscenza dell'art.75 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione.

\_\_\_l\_\_\_ sottoscritt\_\_\_, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 (codice di protezione dei dati personali), dichiara di essere a conoscenza che i propri dati saranno trattati dall'Amministrazione per assolvere agli scopi istituzionali ed al principio di pertinenza.

**Si allega fotocopia di documento di identità in corso di validità.**

.....

(luogo e data)

il dichiarante.....

(firma per esteso e leggibile)