



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PIEMONTE
Azienda Sanitaria Locale 3
c.so Svizzera, 164 - 10149 TORINO - Telef. 011/4393111
Codice Fiscale 03127980013

Allegato 3 -FAC-SIMILE

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' RIGUARDANTE
AUTENTICAZIONE DI COPIE**

(Art. 19 e Art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

esente da bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000

Il/La Sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

DICHIARA

che

- la copia del documento o dell'atto allegato composto da _____ pagine _____
(numero)
- la copia della pubblicazione allegata composta da _____ pagine _____
(numero)
- la copia del titolo di studio allegato e rilasciato il _____ da _____
(data) (ente/scuola/università)

- la copia allegata del documento fiscale di cui è obbligatoria la conservazione

(indicare tipo e numero)

E' CONFORME ALL'ORIGINALE

dichiara inoltre di:

essere consapevole delle sanzioni penali, previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000;

essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la dichiarazione viene resa (art. 13 Dlgs 196/2003)

LUOGO e DATA

FIRMA DEL DICHIARANTE

*(per esteso e leggibile)

*La dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, oppure sottoscritta e inviata assieme alla fotocopia del documento di identità via fax, a mezzo posta ordinaria o elettronica o tramite un incaricato. (Art. 38 D.P.R. 445/2000).