

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ  
DI CONFORMITÀ ALL'ORIGINALE DI COPIA  
(Artt. 19 e 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**

IL/LA sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) in Via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, C.F. : \_\_\_\_\_

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**

Che quanto attestato nel verbale redatto dal Centro Medico Legale INPS di Frosinone del \_\_\_\_\_ - Commissione Medica per l'accertamento dell'handicap, è conforme all'originale e non è stato revocato, sospeso o modificato.=====

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

Dichiaro di essere informato, 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.

Filettino \_\_\_\_\_

Il dichiarante

\_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione può essere:

- sottoscritta in presenza del dipendente addetto;
- sottoscritta e inviata (all'ufficio competente) per posta, via fax o tramite incaricato allegando la fotocopia non autenticata di un documento di identità.