



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

*(art. 47 D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e
ss.mm.ii.)*

Il/la sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ prov. _____
il _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____
cap _____ via _____ n. _____,
tel. _____
cell. _____ e-mail _____
domiciliato/a: (indicare solo se diverso dal luogo di residenza) prov _____ cap _____
via _____ n _____;

- consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi incorrerà nelle sanzioni e nelle pene stabilite dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, così come richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. n. 445/2000;
- consapevole che decadrà, con effetto retroattivo, dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;

DICHIARA

- che il sottoscritto è residente in area di risanamento, in via _____;
- proviene da area di risanamento. Già residente in via _____ e beneficiario, il proprio nucleo familiare, di assegnazione di alloggio quale avente diritto ai sensi dei provvedimenti di sbaraccamento;
- di aver conseguito il diploma di _____ presso _____ nell'anno scolastico _____ con punteggio ____/100:
- che il proprio nucleo familiare è composto da n° _____ (compreso il sottoscritto):
- di aver letto il regolamento per l'attribuzione delle borse di studio:

DICHIARA ALTRESÌ

di allegare la seguente documentazione, relativa alla condizione del dichiarante

- Attestazione stato di famiglia;
- Mod. ISSE valido per l'anno corrente;
- Copia fronte/retro documento di identità e della tessera sanitaria.

DICHIARA INFINE

sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'articolo 19 del d.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii. ("Modalità alternative all'autenticazione di copie"), che la documentazione allegata alla presente, come sopra individuata, è conforme all'originale formato e/o rilasciato dalla Pubblica amministrazione che lo detiene.

Allega alla presente la fotocopia fronte/retro di un documento

Luogo e data _____

Firma leggibile del dichiarante

Estremi del documento di identità: _____

n. _____ rilasciato da _____ il _____

con scadenza il _____.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Il/la sottoscritto/a..... dichiara di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 26 del D.Lgs. 30 Giugno 2003 n. 196, il cui testo è reperibile sul sito web dell'Ufficio del Commissario all'indirizzo <http://www.commissario.risanamento.me.it>, e, consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" di cui all'art. 4 comma 1 lett. d), nonché art. 26 del predetto D.Lg.vo, vale a dire i dati "idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale":

- presta il consenso per il trattamento e per la comunicazione dei propri dati personali per le finalità indicate in sede informativa
- presta il consenso per il trattamento e per la comunicazione dei propri dati sensibili per le finalità indicate in sede informativa.

Luogo e data

Firma leggibile del dichiarante
