

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'  
di chi non sa o non può firmare (ART.4 comma 1 D.P.R. n.445/2000)**

Il/La sottoscritto/a:

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_

NATO IN DATA \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ nel COMUNE DI \_\_\_\_\_

RESIDENTE nel COMUNE di \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

- consapevole della **responsabilità penale** cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, falsa e comunque contenente dati non corrispondenti al vero (di cui all'art. 76 DPR 445/2000) e della **decadenza dai benefici** previsti dal provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 DPR 445/2000);
- a conoscenza che le amministrazioni che ricevono la presente "sono tenute a effettuare idonei **controlli**, anche a campione, e in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive" (art.71 DPR 445/2000);
- reso edotto/a ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 che i presenti dati vengono trattati per finalità dell'Amministrazione procedente presso cui si attua il procedimento in corso;

DICHIARA (\*)

i seguenti stati, qualità personali o fatti che siano a diretta conoscenza dell'interessato o che siano relativi ad altri soggetti e di cui abbia diretta conoscenza:

---

---

---

---

---

---

---

---

Luogo:..... Data.....

*(barrare con una "X" i casi che ricorrono)*

**Il sottoscritto Pubblico Ufficiale ATTESTA che la dichiarazione che precede è stata a me resa ai sensi dell'articolo 4 del D.P.R. n.445/2000 da parte dell'interessato, il quale**

- non sa firmare
- non può firmare per impedimento fisico .....  
previo accertamento della Sua identità, mediante
- conoscenza diretta
- esibizione di valido documento di identità personale:.....

Luogo..... Data.....

IL PUBBLICO UFFICIALE INCARICATO  
(cognome/nome/qualifica)

(timbro dell'Ufficio)