

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Art. 47 DPR 28.12.2000 n. 445

(Rif. art. 50, comma 2, DPR n. 686/1957)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____, residente in _____ via _____ c.a.p. _____
_____ tel. ufficio _____, codice fiscale _____

consapevole:

- che potranno essere eseguiti controlli, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite;
- delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000)

sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di non avere percepito da istituti di assicurazione i cui premi sono a carico di Amministrazioni pubbliche, altro indennizzo per la stessa infermità quivi riconosciuta come dipendente da causa di servizio né di avere in corso presso detti istituti alcun procedimento in tal senso;
- di avere percepito
 - dall' INAIL
 - dall'Istituto di assicurazione _____

i cui premi sono a carico di Amministrazione pubblica, l'importo di € _____ quale

indennizzo

rendita

per la stessa infermità per la quale è stata richiesta la dipendenza da causa di servizio;

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a ai sensi del D.Lgs. n° 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(luogo e data)

(firma per esteso *)

(*) Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. del 28.12.2000, n.445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata all'ufficio competente, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.