



MEDICAL SPORT CENTER S.A.S.

26900 LODI
Via Emilia S.S. 9 km. 298.500
Tel. 0371 432348 – Fax 0371 432348
E. mail: info@medicalsportlodi.it
Partita IVA 08863390152

Idoneo ai sensi del D.G.R. n. 513 del 29.04.1986

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (Art. 21 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n.455)

Il/La sottoscritt.....

Nat... a..... il.....

Residente a.....(.....) in.....

c.f.....

in qualità di

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n.445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445;
ai sensi per gli effetti dell'art. 47 de citato D.P.R. 445/2000;
sotto la propria responsabilità

DICHIARA

.....
.....

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

Firma

.....

La presente dichiarazione sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'ente che ha richiesto il certificato. Il luogo dell'autenticazione della firma si allega copia fotostatica del documento di identità. La presente dichiarazione ha validità per sei mesi (art. 41D.P.R. 445/2000); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore alla stessa validità di essi. Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 74 comma 1D.P.R. 445/2000) esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000.