

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(Artt. 4 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**  
*sottoscritta da maggiorenne con capacità di agire*

**RESA PER CONTO DI UNA PERSONA TEMPORANEAMENTE IMPEDITA.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

in qualità di <sup>1</sup> \_\_\_\_\_ del Sig. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

temporaneamente impedito a causa del suo stato di salute, valendosi delle disposizioni di cui all'art. 4 comma 2 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

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

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. n. 196/2003 (T.U. Privacy), 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, data)

Il Dichiarante  
\_\_\_\_\_

Attesto che la presente dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal dichiarante sopra generalizzato ed identificato mediante \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

Il Funzionario Incaricato  
\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Indicare il grado di parentela: coniuge, figlio, altro parente fino al 3° grado