

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' DI CONFORMITA' ALL'ORIGINALE
Art. 19 e 47 D.lgs 28 dicembre 2000, n. 445

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.lgs 28 dicembre 2000, n. 445, avvalendosi delle norme di cui all'art. 47 del DPR 445/2000, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

Ai sensi dell'art. 19 del DPR 445/2000 che tutta la documentazione inviata in riscontro alla Vs. richiesta di rendicontazione delle spese inerenti l'avviso pubblico per l'erogazione di benefici economici per persone affette da Grave Disabilità approvato con DDG 1320/2025

E' COPIA CONFORME AL RISPETTIVO ORIGINALE

LUOGO E DATA

FIRMA

Si allega copia documento d'identità in corso di validità del dichiarante

Si informa che i dati personali forniti saranno raccolti e conservati presso gli archivi cartacei e informatizzati delle Strutture Organizzative dell'Azienda USL Umbria 1 esclusivamente per le finalità dell'avviso e trattati nel rispetto delle disposizioni di cui al Regolamento UE 2016/679 GDPR e per ciò sono fornite le informazioni di cui all'articolo 13 dello stesso GDPR, disponibili anche al seguente link della sezione privacy del sito web aziendale:

<https://www.uslumbria1.it/azienda/per-il-cittadino/privacy/>