



# CITTÀ DI VALMONTONE

(Città Metropolitana di Roma Capitale)

## SERVIZIO NECROSCOPICO

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(Art. 47 DPR 28/12/2000 n. 445)

Io sottoscritt \_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome del Dichiarante)

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Nat. a \_\_\_\_\_ Pr. (\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

E residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Pr. (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ - mail: \_\_\_\_\_

Consapevole della propria responsabilità penale, ai sensi dell'art. 76, DPR n. 445/2000, nel caso di dichiarazione non veritiere, falsità negli atti ed uso di atti falsi e che, ai sensi dell'art. 75, del DPR n. 445/2000, decadrà dai benefici eventualmente ottenuti:

### DICHIARO

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

di essere informato, tramite apposita informativa resa disponibile dall'ente a cui è indirizzato il presente documento, ai sensi e per gli effetti degli articoli 13 e seg. del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD-UE 2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

Il/La Dichiarante

Allega, ai sensi dell'art.38 comma 3, DPR 445/00 copia completa del documento d'identità o di altro documento riconoscimento equipollente.