

**MODULO B**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**  
(ai sensi degli artt. 19 e 47 del DPR n. 445/2000, e ss.mm.ii.)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_ (nome),  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_,  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_,  
consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del d.p.r. n. 445/2000

**DICHIARA**

di essere a conoscenza del fatto che i file \*.pdf dei seguenti documenti allegati alla domanda sono conformi all'originale di cui è in possesso:

- \_\_\_\_\_;
- \_\_\_\_\_;
- \_\_\_\_\_;
- \_\_\_\_\_;
- \_\_\_\_\_.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR n. 445/2000, e ss.mm.ii., relativo alla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora la Società della Salute Fiorentina Nord Ovest, a seguito di controllo, accerti la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

Il/La sottoscritto/a, ai sensi del decreto legislativo n. 196/2003, accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Luogo e data \_\_\_\_\_ F.to \_\_\_\_\_