

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 DPR n. 445/2000, e ss.mm.ii.,

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
dai 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 della normativa vigente, 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 _____