

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' PER RINNOVO CONTRASSEGNO UNIFICATO DISABILI EUROPEO

(Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445)

...l... sottoscritt....., nat...a.....,

il....., residente ain via.....

Tel..... Titolare del Contrassegno Unificato Disabili Europeo

n..... del

ai sensi dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa", consapevole della decadenza dei benefici di cui all'art. 75 D.P.R.445/2000 e delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità :

il persistere delle condizioni medico/legali per le quali si è reso necessario il rilascio del Contrassegno Unico Disabili Europeo

In fede

Allegati:

- copia del verbale della commissione medica
- copia carta d'identità del richiedente