

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

Il sottoscritto.....  
nato a ..... il .....  
residente a Maracalagonis in via .....n.....  
Cap.....

sotto la propria responsabilità, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e  
consapevole delle conseguenze previste agli articoli 75 e 76 del decreto medesimo, per chi attesta il  
falso,

### DICHIARA

Di essere in carico alle competenti aziende sanitarie locali per l'attuazione di un progetto  
assistenziale individuale.

Di essere a conoscenza che l'Ufficio Politiche Sociali del Comune di Maracalagonis provvederà ad  
effettuare le opportune verifiche sulla veridicità della dichiarazione resa.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_

*La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, redatta in carta semplice, deve essere corredata  
della fotocopia leggibile di un documento di riconoscimento (carta d'identità o passaporto) in corso  
di validità del firmatario.*