

Spett.le Azienda Ospedaliero - Universitaria Mater Domini

D I C H I A R A Z I O N E

Luogo: _____ **Data:** _____

Il /La Sottoscritto/a: _____

Nato/a: _____ il: _____

Residente a: _____ Via: _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA'

di esercitare:

- la potestà sul minore:

- la tutela sull'interdetto:

- la tutela (in qualità di Amministratore di sostegno):

- la curatela sull'inabilitato:

Cognome e nome: _____

Nato/a: _____ il: _____

E' consapevole

che in caso di false dichiarazioni accertate dall'Amministrazione procedente verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n°445 del 28/12/2000.

E' a conoscenza

che i suoi dati personali saranno trattati esclusivamente ai fini del presente procedimento.

Firma del Dichiarante:

**AL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE ALLEGATA
LA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL DICHIARANTE**