

AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000

Dichiaro sotto la mia responsabilità, consapevole delle sanzioni penali e civili in cui posso incorrere in caso di false dichiarazioni, che

| | |
|--|----------------------|
| Il sottoscritto/a | |
| Cognome | <input type="text"/> |
| Nome | <input type="text"/> |
| Nato a /il | <input type="text"/> |
| Residente a (Comune) | <input type="text"/> |
| Via | <input type="text"/> |
| CAP | <input type="text"/> |
| Localita' | <input type="text"/> |
| Recapito telefonico | <input type="text"/> |
| cellulare | <input type="text"/> |
| Ente di appartenenza (Qualifica, Servizio, Reparto) | |
| <input type="text"/> | |
| Recapito telefonico lavoro | <input type="text"/> |

Data

Firma