

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n.º445)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
( cognome ) ( nome )

Nato/a \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
( luogo ) ( prov. )

Residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) in Via \_\_\_\_\_  
( luogo ) ( prov. ) ( indirizzo )

n. \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Il verbale d'invalidità civile relativo al precedente contrassegno rilasciato n.º \_\_\_\_\_  
Non è stato revocato o rivisto successivamente al primo rilascio.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Dichiara, altresì, di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui art. 13 del D.lgs. 196/2003 (tutela della privacy), che i dati personali raccolti tramite la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito e per le finalità del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

.....  
(luogo e data )

**Il Dichiarante**

.....