# **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETÀ**

**(Artt. 46 e 47 del DPR 445/2000)**

\_l\_ sottoscritto/a *(Cognome)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Nome)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel./cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domiciliato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

(inserire le dichiarazioni specifiche per la categoria richiesta indicate nella pagina successiva)

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DICHIARA INOLTRE**

* di conoscere le sanzioni amministrative e penali previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa", in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi;
* di sapere che ai sensi dell’art. 75 DPR n. 445/2000: “Fermo restando quanto previsto dall'articolo 76, qualora dal controllo di cui all'articolo 71 emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera”
* di sapere che l’ASPAL può verificare la veridicità di quanto dichiarato con controlli anche a campione.

**allega la seguente documentazione:**

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consenso al trattamento dei dati personali**

*Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell’informativa sul trattamento dei dati rilasciati allegata, ai sensi dell’art. 13 del GDPR UE 2016/679 e del D. Lgs 196/03 integrato dal D. Lgs 101/2018 recante disposizioni per l’adeguamento dell’ordinamento nazionale al Reg. UE 2016/679 e* si impegna a comunicare tempestivamente tutte le variazioni che dovessero intervenire in ordine a quanto dichiarato;

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Luogo e data  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | firma del/della dichiarante  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | Se il/la cittadino/a è minorenne firma del genitore o di chi ne fa le veci  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**SPAZIO RISERVATO ALL’UFFICIO** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ULTERIORI DICHIARAZIONI UTILI PER L’ACCESSO ALLE LISTE ART.18 COMMA 2 DELLA L.68/99**

N.B. Le dichiarazioni inserite di seguito sono suddivise per categoria. Possono essere compilate e copiate e incollate nella pagina precedente o compilate direttamente in questa pagina. In questo ultimo caso è necessario firmare sempre le dichiarazioni e il consenso all’uso dei dati personali in ottemperanza alle norme sulla privacy. Indicare nella prima pagina la documentazione allegata. È inoltre preferibile che vengano cancellate le voci che non interessano.

|  |  |
| --- | --- |
| Dichiara  di appartenere alla seguente Categoria Protetta (art.18 L 68/99) | Dichiara inoltre |
| * VITTIME DEL DOVERE ED EQUIPARATI | * Data del riconoscimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Soggetto che ha riconosciuto lo status \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Amministrazione di appartenenza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * ruolo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * VITTIME DELLA CRIMINALITA’ ORGANIZZATA | * Data del riconoscimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Soggetto che ha riconosciuto lo status \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * VITTIME DEL TERRORISMO | * Data del riconoscimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Soggetto che ha riconosciuto lo status \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * VEDOVI DI GUERRA | * Nome del deceduto o del grande invalido di guerra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Data di nascita dello stesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Grado di parentela con la vittima o il grande invalido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Che lo status di vedova/o è stato certificato dalla Prefettura/ONIG di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * di godere della pensione privilegiata di guerra di I categoria (DPR 915/1978) |
| * ORFANI DI GUERRA | * Nome del deceduto o del grande invalido di guerra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Data di nascita dello stesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Grado di parentela con la vittima o il grande invalido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Che lo status di orfana/o è stato certificato dalla Prefettura/ONIG di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * la minore età / di non avere più di 21 anni e di essere studenti di scuola media superiore/ di non avere più di 26 e di essere studenti universitari alla data del decesso o del riconoscimento della pensione di guerra I categoria |
| * PROFUGHI ITALIANI RIMPATRIATI | * di non essere rimpatriati da più di 4 anni * che l’attestazione della condizione è stata rilasciata da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * ORFANI DEL LAVORO/SERVIZIO | * Che non è stata richiesta analoga iscrizione dal congiunto del deceduto (nome del genitore vedovo/a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Nome del deceduto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Data di nascita dello stesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Grado di parentela con la vittima del lavoro/servizio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   Il/la quale è stato riconosciuto:   * deceduto per CAUSA DI LAVORO dall’INAIL in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   Il/la quale è stato riconosciuto:   * deceduto per CAUSA DI SERVIZIO come da dichiarazione dell’Amministrazione Centrale del datore di lavoro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * rilasciata in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| Dichiara  di appartenere alla seguente Categoria Protetta (art.18 L 68/99) | Dichiara inoltre |
| * VEDOVI DEL LAVORO/SERVIZIO | * Che si richiede l’iscrizione in alternativa al figlio/a (indicare il cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Nome del deceduto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Data di nascita dello stesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Grado di parentela con la vittima del lavoro/servizio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   Il/la quale è stato riconosciuto:   * deceduto per CAUSA DI LAVORO dall’INAIL in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   Il/la quale è stato riconosciuto:   * deceduto per CAUSA DI SERVIZIO come da dichiarazione dell’Amministrazione Centrale del datore di lavoro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * rilasciata in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * ORFANI PER CRIMINI DOMESTICI | * Cognome e Nome del deceduto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Data di nascita dello stesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Sentenza o certificazione del Tribunale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * CARE LEAVERS | * di essere stato/a oggetto di provvedimento del tribunale dei minorenni con il quale si è provveduto, durante la minore età, al collocamento in comunità residenziale o in affido eterofamiliare |
| * ORFANI DI RIGOPIANO | * Cognome e Nome del deceduto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Data di nascita dello stesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Certificazione in possesso del richiedente (certificazione ministeriale o della Prefettura) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * Coniuge di grande invalido per causa di guerra, servizio o lavoro * Figlia/o di grande invalido per causa di guerra, servizio o lavoro | * Nome e cognome del grande invalido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Che il grande invalido (dall’80% al 100%) è stato riconosciuto dall’INAIL/ONIG/PUBBLICA AMMINISTRAZIONE (da specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (invalidità certificate fino al 31/12/2006 - L.296/2006 * Che il grande invalido (dall’60% al 100%) è stato riconosciuto dall’INAIL/ ONIG/PUBBLICA AMMINISTRAZIONE (da specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (invalidità certificate dal 01/01/2007 - DPR 1124/1965) * Che non è stata richiesta analoga iscrizione dall'avente diritto a titolo principale/ che l'avente diritto a titolo principale è stato cancellato dal collocamento obbligatorio senza mai essere stato avviato ad attività lavorativa, per causa a lui non imputabile   Dichiarazione ulteriore dei figli   * Di essere minore età / di non avere più di 21 anni e di essere studenti di scuola media superiore/ di non avere più di 26 e di essere studenti universitari al momento del riconoscimento del genitore quale grande invalido |

|  |  |
| --- | --- |
| Dichiara  di appartenere alla seguente Categoria Protetta (art.18 L 68/99) | Dichiara inoltre |
| * CONIUGE DELLE VITTIME DEL TERRORISMO, DELLA CRIMINALITA’ ORGANIZZATA E DEL DOVERE * FIGLI DELLE VITTIME DEL TERRORISMO, DELLA CRIMINALITA’ ORGANIZZATA E DEL DOVERE * FRATELLI CONVIVENTI E A CARICO DI VITTIMA DEL TERRORISMO, DELLA CRIMINALITA’ ORGANIZZATA E DEL DOVER**E** (solo se la vittima non abbia coniuge o figli e solo se unici superstiti che, al momento del riconoscimento dello status di vittima, erano conviventi e a suo carico) * CONIUGE O FIGLIA/O DI GRANDE INVALIDO PER CAUSA DI TERRORISMO, DELLA CRIMINALITÀ ORGANIZZATA E DEL DOVERE * GENITORI DI VITTIME DEL TERRORISMO, DELLA CRIMINALITA’ ORGANIZZATA E DEL DOVERE (qualora unici superstiti e esclusivamente per il personale delle forze armate e delle forze di polizia) | * Cognome e Nome della vittima \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * data di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Data del riconoscimento dello status \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Soggetto che ha riconosciuto lo status \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Che la vittima (se grande invalido) è stata cancellata dall’elenco delle categorie protette senza mai essere stata avviata ad attività lavorativa per causa a lei non imputabile * Che la vittima non ha mai usufruito dei benefici derivanti dalla normativa per il collocamento mirato (l.68/99). * Di essere unico superstite e convivente della vittima (per fratelli e genitori)   **Dichiarazione ulteriore Familiare di Vittima del dovere**   * Amministrazione di appartenenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * ruolo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Decesso della vittima del dovere * Riconoscimento dell’inabilità permanente al servizio per infermità contratte durante l’espletamento delle funzioni di ufficio |

**Consenso al trattamento dei dati personali**

*Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell’informativa sul trattamento dei dati rilasciati allegata, ai sensi dell’art. 13 del GDPR UE 2016/679 e del D. Lgs 196/03 integrato dal D. Lgs 101/2018 recante disposizioni per l’adeguamento dell’ordinamento nazionale al Reg. UE 2016/679 e* si impegna a comunicare tempestivamente tutte le variazioni che dovessero intervenire in ordine a quanto dichiarato;

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Luogo e data  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | firma del/della dichiarante  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | Se il/la cittadino/a è minorenne firma del genitore o di chi ne fa le veci  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

(firma)

**SPAZIO RISERVATO ALL’UFFICIO** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_