

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

(Art. 47 D.P.R. 445/2000: stati, qualità personali o fatti a diretta conoscenza dell'interessato dichiarante)

Servizio Sanità Animale ASL Medio Campidano
via Bologna n. 13 - 09025, Sanluri – via Montale 09036 Guspini
Mail: sanita.animale@aslmediocampidano.it
PEC: sanita.animale@pec.aslmediocampidano.it

Il Sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere e formazione o uso di atti falsi, consapevole inoltre della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti sulla base della dichiarazione non veritiera (articoli 75 e 76 – D.P.R. 445/2000)

Il Sottoscritto _____ in qualità di Proprietario / Operatore	Stabilimento codice IT _____ Cod. fisc.
Indirizzo:	Comune:
Tel.	Mail:

DICHIARA

Il Sottoscritto dichiara inoltre di essere informato dell'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs.n.196/2003 in particolare delle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati

Luogo e Data

Il Dichiarante *

.....

*Ai sensi e per gli effetti dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28.12.2000 e s.m.i., la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente tramite un incaricato o a mezzo posta ordinaria o elettronica.