COMUNE DI SELEGAS
(Provincia di Cagliari)
Ufficio Demografico
cap. 09040 – fax 070985785 – tel. 070/985828-0708586623

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Art. 47 D.Lgs n° 445 28/12/2000

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Residente in Selegas, _____ via _____ n. _____

Avanti al funzionario incaricato _____

D I C H I A R A

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Di essere a perfetta conoscenza del disposto dell'art. 76 del D.Lgs n° 445 del 28/12/2000

"Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uno nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia"

Letto confermato e sottoscritto.

Selegas, lì _____ Il dichiarante

_____

COMUNE DI SELEGAS

Attesto che il dichiarante _____

Identificato mediante conoscenza personale / documento _____

Ha reso e sottoscritto in mia presenza la suestesa dichiarazione.

Selegas, lì _____

Il Funzionario incaricato

_____