

Dichiarazione da inviare, assieme a copia del certificato medico, a mezzo PEC all'indirizzo welfare@pec.enpap.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 19 e 47 D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

La/Il sottoscritta/o _____ nata/o a _____
provincia _____ il _____ e residente nel Comune di _____
provincia _____ in _____ n. _____,
iscritta all'ENPAP con il numero di matricola _____, consapevole delle sanzioni penali, nel
caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR
445/2000 e che, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle
dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla
base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000)

dichiara

che l'allegata copia del certificato medico attestante il periodo di malattia o infortunio è conforme
all'originale.

Si impegna a conservare il certificato e a trasmettere il corrispondente originale laddove, al termine
dell'emergenza, venisse richiesto dall'Ente a corredo della domanda.

In fede.

(data)

firma
