**ALLEGATO B**

(da presentare come autocertificazione della documentazione sanitaria)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**

**(artt. 47. D.P.R. 28 dicembre 2000 445/2000)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (cognome) (nome)

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (luogo) (prov.)

residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_) in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_

 (luogo) (prov.)

*consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art.76 del D.P.R. n° 445 del 28 dicembre 2000 e dall’art.495 del C.P. in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti,* ***sotto la propria responsabilità***

 DICHIARA

di essere a conoscenza del fatto che l’allegata copia:

* dell’atto/documento/verbale riferito alla certificazione medico-sanitaria dello studente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, prot n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, trasmesso in uno alla istanza di segnalazione delle esigenze di trasporto scolastico per l’anno

2015/2016, **è conforme all’originale;**

* che quanto ivi certificato non è stato revocato, sospeso o modificato.

*Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n° 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 [*luogo*] [*data*]

IL DICHIARANTE

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ai sensi dell’art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, va inviata insieme alla fotocopia, del documento di identità del dichiarante.