

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ATS Brescia

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

Il sottoscritto .....nato a.....

Il ..... residente a ..... via .....n.....

Documento di riconoscimento .....n. ....rilasciato da.....

..... il .....

consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace dall'art. 76 del DPR 445/2000.

**D I C H I A R A**

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali.

.....  
Luogo

.....  
data

.....  
il dichiarante

**Si precisa che, ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000, l'ATS è tenuta ad effettuare idonei controlli, anche a campione e in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive.**