





# ... e autocertifico

La preghiamo di scrivere in stampatello  
in modo chiaro e leggibile. Grazie.

Codice **04070117aut**

**Documenti non autocertificabili da allegare alla domanda**

1. Dichiarazione sanitaria attestante la cura climatica necessaria
2. Attestazione ISEE (facoltativa – vedi bando)
3. Dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali

**Informazioni Per il dichiarante ai sensi dell'art.43 del Testo Unico sulla documentazione amministrativa. D.P.R. 445/2000**

Qualora Lei non voglia avvalersi dell'autocertificazione, dovrà indicarci l'Amministrazione competente e gli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti. In questo caso, i termini del procedimento inizieranno a decorrere dalla data di ricezione delle informazioni stesse.

- Lei può sottoscrivere questa dichiarazione, in presenza del funzionario addetto dell'INPDAP o dell'Ente datore di lavoro, oppure, può inviarla per via telematica, posta, fax, firmata e accompagnata dalla fotocopia del suo documento di riconoscimento (Art.38 del Testo Unico sulla documentazione amministrativa. D.P.R. 445/2000). Se il documento d'identità non è più valido, dovrà dichiarare, sulla fotocopia dello stesso, che i dati in esso contenuti, non hanno subito variazioni dalla data di rilascio.
- L'INPDAP utilizzerà i dati forniti esclusivamente per il procedimento amministrativo in corso. L'interessato/a potrà accedere ai dati personali chiedendone la correzione, l'integrazione e ricorrendone gli estremi, la cancellazione o il blocco. (Legge 675/96).

**L'INPDAP effettuerà controlli anche a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive (Artt.71 e 72 del Testo Unico sulla documentazione amministrativa DPR. 445/2000)**

\_\_\_\_\_   
Luogo e data

\_\_\_\_\_   
Firma del richiedente

**Spazio riservato al Funzionario addetto**

Ho accertato l'identità del dichiarante mediante il documento \_\_\_\_\_

n.° \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

La presente dichiarazione è stata sottoscritta in mia presenza. (Art.38 del T.U. sulla documentazione amministrativa)

\_\_\_\_\_   
Luogo e data

\_\_\_\_\_   
Timbro e Firma del Funzionario addetto



DICHIARAZIONE SANITARIA

(solo per i soggiorni climatici)

Dichiaro che il minore .....

**è bisognevole di cura climatica\***

*[\*barrare la casella che interessa]*

MARINA

MONTANA

.....  
luogo e data

.....  
TIMBRO CON CODICE E FIRMA DEL MEDICO COMPILATORE

Qualifica:

(Medico di medicina generale)

(Pediatra di libera scelta)

(Medico A.S.L. di residenza)

