



CITTA' DI ALESSANDRIA
Ufficio Assicurazioni

MODULO PER DICHIARAZIONE TESTIMONIALE

(dichiarazione sostitutiva atto di notorietà - art. 47 D.P.R. del 28.12.2000, n. 445)

Il/La sottoscritt_ _____
(cognome) (nome)

Nato/a__a _____ il _____
(comune) (provincia) (data)

Residente a _____ in _____
(luogo) (indirizzo)

Recapito telefonico: _____

A conoscenza di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. del 28.12.2000 n. 445 sulla responsabilità in caso di dichiarazione mendace e falsità in atti

DICHIARO

a) Di aver assistito al sinistro occorso a _____
(grado di parentela) _____ il giorno _____ alle ore _____

b) Descrizione del fatto

Autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi del regolamento UE 679/2016 G.D.P.R. e s.m.i..

Letto confermato sottoscritto

Li, _____

(firma)

La presente firma non deve essere autenticata e la sottoscrizione non deve avvenire necessariamente in presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto la dichiarazione ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000; in tal caso allegare copia di un documento di identità valido ai sensi dell'art. 38 citato.

Si rimanda per ulteriori informazioni all' informativa privacy del Comune di Alessandria
<https://www.comune.alessandria.it/privacy-policy>

La presente dichiarazione è esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000.