

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(art 47, D.P.R. 445 del 28.12.2000)**

Visti gli artt. 19 e 19 bis del D.P.R. 445/2000

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

Nato a \_\_\_\_\_ (comune di nascita) \_\_\_\_\_ (Prov) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ (data di nascita)

Residente in \_\_\_\_\_ (Comune di residenza) \_\_\_\_\_ (Prov)

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci come previste dall'art 76 del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni

**DICHIARA**

Che la copia fotostatica (barrare la casella):

- dell'attestato di idoneità alla raccolta dei funghi epigei spontanei
- attestato di aggiornamento

**E' CONFORME ALL'ORIGINALE**

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

Il/La dichiarante  
\_\_\_\_\_

Allega : fotocopia fronte/retro del documento di riconoscimento in corso di validità

Informativa ai sensi dell'art 13 D.Lgs. 193/2003 "Privacy" I dati sopra riportati sono previsti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento amministrativo per il quale sono richiesti e verranno utilizzati solo per tale scopo