

UFFICIO TRIBUTI INTERCOMUNALE

COMUNI ADERENTI:

CAVALESE, CASTELLO-MOLINA DI FIEMME, DAIANO, VARENA, CAPRIANA, VALFLORIANA

Sede: Via Bronzetti, 2 - 38033 Cavalese (TN)

Tel. 0462/237513 - Fax 0462/237550

AL COMUNE DI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Da produrre agli organi della Pubblica Amministrazione o ai gestori di pubblici servizi

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)
nato/a a _____ () il _____
(comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo stato) (prov.)
residente a _____ ()
(comune di residenza) (prov.)
in _____ n. _____ Tel. _____
(indirizzo)

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Luogo e data

Il/la dichiarante

.....

.....

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R.445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

PRESENTAZIONE DIRETTA: firma apposta in presenza del dipendente addetto a riceverla.

Modalità di identificazione:

Data IL DIPENDENTE ADDETTO

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003:

i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.