

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE SOSTANZE ALLERGOGENE

Il/La sottoscritto/a _____
Cognome Nome
nato/a a _____ () il
_____ ()
Comune prov.

Codice fiscale _____

Iscritto all'Esame di stato _____

DICHIARA

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti:

di essere affetto/a da allergia alle seguenti
sostanze _____

Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità.

(Qualora il documento di identità non sia in corso di validità, il candidato dovrà, ai sensi dell'art. 45 del D.P.R. 445/2000, dichiarare in calce alla fotocopia dello stesso che i dati ivi contenuti non hanno subito variazioni dalla data di rilascio).

Data e luogo, Firma _____

Allegati: documentazione in originale o copia autentica che attesti il tipo di sostanze allergogene.