

## ALLEGATO 4

### Dichiarazione sostanze allergogene

#### DICHIARAZIONE SOSTANZE ALLERGOGENE

DA COMPILARSI A CURA DEI CANDIDATI AFFETTI DA SOSTANZE ALLERGOGENE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Numero telefonico \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

#### 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 \_\_\_\_\_