

## DICHIARAZIONE DI VERIDICITÀ DELLE INFORMAZIONI RESE

Il / la sottoscritt\_

**NOME**

**COGNOME**

**CODICE FISCALE**

**RESIDENTE/I IN VIA-PIAZZA**

**CITTA'**

**PROVINCIA**

Dichiara, per tutte le informazioni contenute nella domanda di partecipazione alla SELEZIONE PER 40 ASPIRANTI FORMATORI SCUOLA PER L'ASSOCIAZIONE ITALIANA DISLESSIA – ANNUALITÀ 2016 di essere consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi (richiamate dall'articolo 76 del citato D.P.R. n. 445/2000), nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (articolo 75 del citato D.P.R. n. 445/2000).

Luogo,

Data,

Firma \_\_\_\_\_