



COMUNE DI CITTADELLA

Cittadella Città d'Arte

PROVINCIA DI PADOVA

PASTIGLIE ANTILARVALI ANNO 2025

Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la Sottoscritto/a _____ c.f. _____
nato a _____ () il ____ / ____ / ____ ,
residente a _____ () in _____ n° _____ ,
carta di identità n. _____ rilasciata dal Comune di _____
in data _____ avente validità fino al _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

di ricevere n. 1 confezione di pastiglie antilarvale per il proprio nucleo familiare. Dichiaro, inoltre, di avere ricevuto le informazioni, di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, sulla raccolta e trattamento dei dati personali, in particolare riguardo ai diritti riconosciuti dagli artt. da 15 a 22 del medesimo. Acconsento al trattamento dei dati che ho fornito, con le modalità e per le finalità previste dal procedimento amministrativo per il quale sono richiesti e verranno utilizzati solo per tale scopo. Confermo che quanto ho dichiarato è vero e di essere a conoscenza delle sanzioni penali previste dal D.P.R. 445/2000 e s.m.i. (artt. 75 e 76).

Cittadella, li _____

Firma del dichiarante * _____

*La dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà va firmata davanti ad un dipendente pubblico che accerta l'identità del DICHIARANTE.