

Allegato ANT/ALL/10/2018

Oggetto: Dichiarazione sostitutiva di atto notorio ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

Cognome

Nome

Io sottoscritt

città

gg mm aaaa

nat a

il / /

città

residente in

Prov.

indirizzo

indirizzo

n.

CAP

- a) consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci il D.P.R. 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici ai sensi degli artt. 76 e 75;
- b) informato/a che i dati forniti verranno utilizzati secondo quanto previsto dal D.lgs. 196/2003 e dal GDPR – Regolamento UE 2016/679

DICHIARO

Che la copia delle fatture o ricevute sottoelencate sono conformi all'originale e che sono tutte regolarmente quietanzate

FATTURE/ RICEVUTE			IMPORTO (€)	DATA QUIETANZA gg mm aaaa
N.	DATA gg mm aaaa	FORNITORE		
1	/ /		,	/ /
2	/ /	-	,	/ /
3	/ /		,	/ /
4	/ /		,	/ /
5	/ /		,	/ /
6	/ /		,	/ /
7	/ /		,	/ /
8	/ /		,	/ /
9	/ /		,	/ /
10	/ /		,	/ /

Ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n. 196/2003 del GDPR – Regolamento UE 2016/679, con la sottoscrizione del presente modulo, autorizzo il trattamento dei dati personali.

Letto, confermato e sottoscritto

città

gg mm aaaa

Luogo e data

/ /

Il dichiarante