



UOC Qualità e Risk Management
Ufficio Relazioni con il Pubblico
Tel. 0342 521190 Fax 0342 521151 email: urp@asst-val.it

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
IN QUALITÀ DI LEGALE RAPPRESENTANTE DI MINORE**
(art. 46 – lettera u - D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n° _____

Indirizzo mail _____

in qualità di: Genitore Tutore Soggetto che esercita legalmente la potestà

documento di identità n° _____ rilasciato il ____/____/____

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. 76 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

di essere il **Legale Rappresentante** del minore _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n° _____

Data _____

FIRMA DEL DICHIARANTE (per esteso e leggibile) _____