

## AUTOCERTIFICAZIONE

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
ai fini del rinnovo del contrassegno disabili,

### DICHIARA

Sotto la propria responsabilità ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 che quanto attestato nella certificazione medica rilasciata dall'Asl presentata al momento del rilascio del contrassegno disabili n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ **non è stato revocato, sospeso o modificato.**

Il sottoscritto è a conoscenza delle conseguenze penali che derivano, ai sensi dell'art. 76 del T.U. sull'autocertificazione, qualora la presente dichiarazione risulterà mendace a seguito dei controlli che il competente ufficio si riserva di eseguire in forza dell'art. 43 dello stesso T.U.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_